

**La calidad de los servicios
de traducción e interpretación médico-sanitaria
en el contexto del turismo de salud
en el área de la Comunidad Valenciana**

Breve revisión de la situación actual y revisión bibliográfica

Máster Universitario en Traducción Médico-Sanitaria
Universitat Jaume I (Castelló)
Autora: Nina Gavlovych
Tutora: Anabel Borja Albi
Año: 2017

ÍNDICE

1. Introducción	3
1.1. Definición del problema y justificación del objeto de estudio.....	3
1.2. Objetivos de la investigación	5
1.3. Hipótesis.....	7
1.4. Metodología	8
1.5. Propuestas de futuro para ampliar este estudio	9
2. Breve revisión de la situación actual sobre la interpretación médica	10
2.1. Problemas detectados en la atención de los emigrantes en España	10
2.2. Normas de calidad.....	16
2.3. Legislación	18
2.4. Códigos deontológicos	23
3. Revisión bibliográfica: presentación y análisis de los resultados.....	25
3.1. Delimitación de los conceptos de interpretación y mediación intercultural	26
3.2. La comunicación con pacientes inmigrantes desde la perspectiva de los médicos de familia.	29
3.3. Intérpretes ad hoc en la interpretación médica.....	31
3.3.1. El personal sanitario asume las funciones de un intérprete ad hoc	33
3.3.2. Los miembros de familia del paciente como intérpretes ad hoc	37
3.3.3. La interpretación médica no profesional llevada a cabo por voluntarios..	42
3.4. Correlación entre el concepto de la calidad, la relación coste-beneficio y la satisfacción del paciente.....	44
3.5. Los errores de interpretación y su influencia en la comunicación	48
3.6. La importancia de la interpretación profesional dentro del contexto del «Turismo de salud»	55
3.7. El papel del intérprete médico en la observancia del derecho a la información del paciente: el consentimiento informado	57
3.8. La situación laboral de los intérpretes en España: intrusismo profesional y condiciones de contratación	59
3.9. Situación de los servicios de interpretación en la Comunidad Valenciana..	61
4. Conclusión	66
Referencias.....	69
Anexos	89

1. Introducción

1.1. Definición del problema y justificación del objeto de estudio

He decidido realizar el presente estudio sobre la importancia de la calidad de los servicios de traducción e interpretación en el ámbito sanitario centrándome en el sector privado, puesto que he desempeñado las funciones de intérprete durante dos años y medio en uno de los hospitales privados de la Costa Blanca. También he realizado múltiples interpretaciones para mi familia desde que llegamos a España en 2004. De este modo, he podido observar el mismo problema desde diferentes perspectivas: como intérprete *ad hoc* para mis familiares en el ámbito de la sanidad pública y como intérprete médico profesional en el ámbito de la sanidad privada. Se trata de dos perfiles de enfermos inmigrantes totalmente diferentes, pero unidos por la misma necesidad: un servicio médico de calidad facilitado por intérpretes profesionales.

Durante mi experiencia laboral como intérprete en el ámbito sanitario, he podido detectar serios problemas atribuibles a la falta de servicios de interpretación médico-sanitaria de calidad. A continuación, propongo analizar los factores socioprofesionales que, en mi opinión, dificultan el reconocimiento de la profesión de intérprete para los servicios sanitarios públicos y privados y del «valor social de la interpretación» (Mikkelsen, 1999).

En primer lugar, existe una percepción errónea del bilingüismo, pseudobilingüismo o pseudoplurilingüismo, que contribuye a que los aspirantes al puesto de intérprete no suelen estar sujetos a controles de calidad o a criterios de verificación de los conocimientos que afirman tener. Los empleadores consideran que cualquier persona bilingüe, o que afirma ser capaz de comunicarse en dos o más lenguas (sin formación o acreditación en las disciplinas de traducción e interpretación), puede desempeñar la labor de interpretación médica. De esta manera, se procede a la contratación de intérpretes no cualificados que no disponen de acreditación profesional alguna en traducción e interpretación. Este hecho genera una grave situación de intrusismo laboral, puesto que prácticamente cualquier persona puede acceder al puesto de intérprete médico.

Otro factor determinante es la falta de concienciación sobre la trascendencia y las

repercusiones que puede conllevar una comunicación deficiente en inglés cuando los médicos o los pacientes no disponen de suficiente cualificación lingüística en inglés para poder comunicarse de manera apropiada y eficaz. Así, el «nos hemos apañado en inglés», junto con la percepción de la lengua inglesa como *lingua franca*, son una falacia que puede acarrear consecuencias muy graves para la vida y la salud de los pacientes.

En tercer lugar, el colectivo de los traductores e intérpretes en España no está «profesionalizado» en el sentido que define Mikkelsen (1999) ni reglamentado, puesto que en la legislación vigente (véase apartado 2.3.) no existe ningún artículo que delimite que para garantizar la calidad del proceso comunicativo en el ámbito médico-sanitario hace falta disponer de profesionales con formación específica en traducción e interpretación médico-sanitaria (Angelelli, 2015: IV-IX, 34-35 y 44-47). Así, como veremos en los apartados siguientes, la situación actual denota una falta de legislación respecto al rol y a las funciones que deben desempeñar los intérpretes y los mediadores interculturales en el ámbito de la medicina. La no obligatoriedad de la contratación de intérpretes y mediadores profesionales desemboca en la tendencia a eludir la prestación de los servicios de interpretación y mediación lingüística e intercultural en el ámbito sanitario, que, según muchos administrativos, genera costes adicionales y provoca, en demasiadas ocasiones, la prolongación innecesaria de las consultas médicas.

En cuarto lugar, cabe destacar que los intérpretes y los mediadores están desprotegidos tanto desde la perspectiva legislativa como socioprofesional. Castillo García y Taibi (2005: 108-111) corroboran este argumento introduciendo el concepto del «intérprete marginado», ya que a menudo «el familiar asume la función de mediador o intérprete [...] y el derecho de representación del paciente apropiándose de la voz de este último por su relación familiar con él y por su conocimiento del caso» y el intérprete se queda al margen, puesto que no tiene potestad para reivindicar su función y exponer «a quién le corresponde la labor de interpretación».

Por último, he observado que existe un desconocimiento generalizado por parte de los facultativos y los pacientes acerca de la figura y el rol del intérprete. Muchas veces el intérprete se ve obligado a explicarle al médico y al paciente en qué consisten sus tareas. Esta ignorancia genera incompreensión y falta de valoración por parte de los facultativos (e incluso por parte de los propios pacientes) de la labor del intérprete médico.

1.2. Objetivos de la investigación

Con este trabajo de investigación pretendo contribuir a la determinación y el análisis de los problemas existentes en el ámbito de la interpretación y la mediación intercultural sanitaria. Soy consciente de la importancia de determinar las diferencias entre los sectores público y privado y entre los distintos perfiles de pacientes.

Durante mi experiencia como intérprete médico-sanitario en un centro privado de la Costa Blanca, he advertido que los usuarios del turismo sanitario están dispuestos a desplazarse a otro país para obtener asistencia sanitaria transfronteriza y considero que la disponibilidad de los servicios de interpretación y mediación intercultural es una condición *sine qua non* para los hospitales que pretendan recibir pacientes de otros países y culturas.

Por otra parte, mis familiares siempre acuden al médico conmigo (como intérprete *ad hoc*), puesto que su nivel de español es muy básico y no les permite desenvolverse con soltura en la consulta médica, a pesar de que, a diferencia de los usuarios del turismo sanitario y los turistas, residen en España y se sienten más integrados en la sociedad española que otras personas que solo llevan días o semanas en el país.

La necesidad de interpretación médico-sanitaria es patente en ambos casos. Son contextos y situaciones diferentes, y considero que existe un vacío importante en la literatura académica acerca de estas diferencias en cuanto al perfil de los pacientes que acuden al médico en España, las situaciones comunicativas, la percepción de la enfermedad y del tratamiento que obtienen los pacientes.

Por lo tanto, los objetivos generales del presente trabajo de fin de máster incluyen:

- Conseguir una mejor comprensión de los servicios de traducción e interpretación y diferenciar entre el ámbito público y el ámbito privado en España.
- Alcanzar una mejor comprensión de los orígenes del problema de falta de servicios de interpretación sanitaria de calidad (o provisión de servicios deficientes) que no se adecúan a los estándares internacionales, tanto en España como en otros países.
- Contribuir a paliar el vacío en la investigación sobre la interpretación en el ámbito sanitario privado.

- Reflexionar acerca de la necesidad y la importancia de la calidad de interpretación.
- Reflexionar sobre las diferentes percepciones del concepto de formación en la traducción e interpretación en distintos países.
- Revisar las normas de calidad, la legislación vigente y los códigos deontológicos relativos a la provisión de servicios de interpretación médica y a la calidad y formación de los intérpretes.

Como objetivo más concreto, pretendo realizar un planteamiento descriptivo inicial del problema apoyado en datos demográficos y normativa aplicable sobre emigración y turismo de salud y realizar una revisión de la bibliografía existente que me servirá como base para una futura investigación de doctorado de tipo empírico y corte cuantitativo y cualitativo.

El conocimiento de la situación y la experiencia que he adquirido en mi puesto de trabajo como intérprete médico en un hospital privado de la Comunidad Valenciana será mi punto de partida para seleccionar las obras que incluiré en la revisión bibliográfica en función de su correlación con los problemas que me preocupan, y que, como acabo de señalar, pretendo seguir investigando en mi futura tesis doctoral.

1.3. Hipótesis

A partir de los problemas observados en mi práctica profesional, que he resumido brevemente en el apartado sobre la definición del problema y la justificación del objeto de estudio, he formulado unas hipótesis que intentaré corroborar o descartar mediante la revisión de la bibliografía que he analizado en el marco de este estudio. Dadas las limitaciones de espacio de un trabajo de fin de máster, dejo para fases posteriores un análisis más riguroso de estas hipótesis mediante técnicas de investigación empíricas (cuantitativas y cualitativas) que adelanto en el apartado sobre propuestas de desarrollo futuro para completar este estudio.

Formulo, pues, mis hipótesis del siguiente modo:

1. En las instituciones de la sanidad pública y privada en España, los derechos de los pacientes a una asistencia médica de calidad se ven frecuentemente vulnerados debido a la falta de servicios de traducción e interpretación de calidad.

2. Este hecho podría atribuirse a la falta de concienciación sobre la importancia de la calidad en la traducción e interpretación médico-sanitaria por parte del personal sanitario y la Administración. Esta falta de concienciación es debida, principalmente, a una percepción errónea de la figura y de las funciones que debe desempeñar el intérprete médico-sanitario y la formación, competencias y acreditación que precisa para ello.

3. El desconocimiento del rol y de las funciones que desempeña el intérprete en la comunicación interlingüística tiene como consecuencia la contratación de personas sin ningún tipo de formación previa en traducción e interpretación médica, que no han conceptualizado el término «calidad», por lo que generan un producto deficiente según los criterios de los estándares internacionales (ISO 13611, 2014: 7-9).

4. Estos problemas están íntimamente ligados a la falta de legislación clara al respecto y, sobre todo, a la falta de mecanismos legales para exigir su cumplimiento.

1.4. Metodología

La idea de realizar este estudio surgió a partir de mi experiencia laboral como traductora e intérprete médico-sanitaria de un hospital privado. Los problemas prácticos a los que me he enfrentado en mi práctica profesional me han impulsado a realizar el presente estudio que constituirá la base de mi futura tesis doctoral. Para ello, en este primer acercamiento descriptivo analizaré brevemente la situación socioprofesional actual de la interpretación médica en España, tanto en el sector público como privado, a partir de la revisión de los datos demográficos sobre emigración y turismo de salud. Revisaré a continuación la legislación internacional, europea y española, las normas de calidad y los códigos deontológicos aplicables a la interpretación médica. Por último realizaré un trabajo extenso de revisión bibliográfica, a partir de los estudios más representativos que se han llevado a cabo hasta el momento.

Para la revisión bibliográfica, he seleccionado una serie de obras que abordan los argumentos más significativos y recurrentes sobre la necesidad de los servicios de interpretación y de mediación intercultural de calidad en el ámbito sanitario. He realizado un análisis de cada una de estas obras y en este trabajo expongo las ideas más relevantes que he extraído. Cabe destacar que la mayor parte del material presentado en este trabajo de fin de máster está traducido del inglés y el alemán y adaptado a la lengua española. He organizado el contenido del presente trabajo por temas, ya que lo considero el mejor modo de interrelacionar la secuencia de problemas y propuestas de solución abordadas por los autores aquí citados.

Cabe destacar que la interpretación médica en el ámbito de medicina privada (dentro del contexto del turismo de salud) es un tema sobre el que existen pocos trabajos de investigación y, por tanto, escasa bibliografía. Con esta modesta aportación pretendo contribuir a paliar, en cierto modo, este vacío.

1.5. Propuestas de futuro para ampliar este estudio

Espero que este trabajo de fin de máster sirva como base teórica sobre la que poder elaborar un trabajo de corte empírico riguroso. Soy consciente de que antes de comenzar a realizar mi futuro estudio de investigación doctoral conviene delimitar los conceptos básicos y establecer unas directrices de análisis que faciliten su organización y permitan abordar de forma eficaz el estudio empírico teniendo en cuenta todos los factores relevantes.

Con el fin de alcanzar los objetivos que me he marcado, en mi futuro trabajo de tesis doctoral combinaré técnicas de investigación cualitativa y cuantitativa. Según Hale y Napier (2013: 30-33), la metodología cuantitativa requiere el planteamiento de preguntas muy específicas para confirmar o desmentir una hipótesis. Los datos obtenidos mediante un método de investigación cuantitativo presentan una realidad objetiva. En el caso del método cuantitativo, es importante que el investigador haya desarrollado una hipótesis muy concisa y clara. Por otra parte, la metodología cualitativa representa una realidad que surge como fruto de construcciones sociales (*socially constructed reality*) (Berger y Luckmann, 1966). Se trata de un enfoque inductivo en el que los datos obtenidos mediante un estudio de investigación pueden generar una teoría. El término «hipótesis» en este enfoque se puede utilizar para referirse a una especulación o conjetura sobre los posibles resultados. La metodología cualitativa requiere la realización de entrevistas con preguntas generales y respuestas complejas que proporcionan una descripción del problema. Los datos obtenidos generan una teoría fundamentada empíricamente. Aun así, considero que la investigación nunca es totalmente neutra y objetiva, sino que siempre refleja en alguna medida los valores, los intereses, las habilidades y los objetivos del investigador (Hale y Napier, 2013: 30-33).

2. Breve revisión de la situación actual sobre la interpretación médica

2.1. Problemas detectados en la atención de los emigrantes en España

Debido a la poca consideración e importancia que se concede a la calidad de los servicios de interpretación en este ámbito, prácticamente cualquier persona puede acceder al puesto de intérprete o traductor de plantilla de un hospital. Este hecho provoca múltiples problemas que pueden tener consecuencias muy graves para la salud (e incluso la vida) de los pacientes y creo que, merecen un análisis detallado que permita proponer soluciones efectivas y realistas.

De forma muy resumida, podríamos clasificar los problemas detectados en las siguientes categorías:

a) Falta de concienciación por parte de los proveedores de servicios médicos sobre la importancia de la calidad de la interpretación en el proceso comunicativo.

b) Falta de concienciación por parte de los pacientes que hablan lenguas minoritarias sobre los riesgos a los que se exponen cuando su hospital trabaja con intérpretes no profesionales y no acreditados.

c) Falta de concienciación por parte de los servicios sanitarios y de los propios pacientes de la complejidad inherente a la interpretación como acto comunicativo polifacético.

d) Dificultad para diferenciar los conceptos de *traductor* e *intérprete*. La interpretación, en el marco de la relación médico-paciente, comprende la reformulación oral mediante los mecanismos de paráfrasis, desteminologización y recontextualización del mensaje. En numerosas ocasiones, el intérprete debe reestructurar y transformar el mensaje y adaptarlo a la situación comunicativa médico-paciente, donde el receptor (el paciente) no tiene el mismo conocimiento que el emisor (el médico). Así, el intérprete transforma los

latinismos y los tecnicismos en homólogos populares, adapta el registro para mejorar la comprensión y posibilita el diálogo entre ambos participantes. Las traducciones en el ámbito médico-sanitario pueden conservar la finalidad, la situación comunicativa y el registro, pero también pueden ser heterofuncionales.

e) Percepción errónea del papel del traductor e intérprete médico-sanitario, que provoca la falta de reconocimiento de la importancia y la necesidad de la figura del traductor e intérprete en esta área.

f) No podemos hablar de cualificación, profesionalidad o calidad si las personas que acceden libremente a la profesión carecen de la formación, la capacidad y la especialización necesarias para desempeñar las funciones del traductor o intérprete médico-sanitario y no se les exige que lo demuestren mediante documentación acreditativa.

g) Como resultado de los puntos anteriormente expuestos, en numerosas ocasiones se vulnera el derecho fundamental del paciente a una asistencia médica de calidad, pues no se asegura su derecho a recibir información completa y adecuada sobre su estado de salud, sobre su pronóstico y sobre las pruebas e intervenciones a las que podría necesitar someterse.

Los problemas que acabo de desglosar persisten debido a la falta de conocimiento sobre lingüística y traductología, y acaban dando lugar a falacias con consecuencias potencialmente graves para los pacientes:

a) Las falsas ideas sobre el bilingüismo o pseudobilingüismo llevan a pensar que cualquier persona bilingüe puede desempeñar la labor del intérprete.

b) La idea errónea de que las personas sin formación ni acreditación en las disciplinas de traducción e interpretación puedan acceder a la profesión simplemente porque afirmen que dominan varias lenguas. Esto lleva a los empleadores a no solicitar credenciales de formación especializada ni tampoco de los estudios relacionados, y a no realizar ningún tipo de control de calidad previo a la contratación.

c) La conducta irresponsable por parte del personal médico al afirmar que pueden «apañarse» en inglés, cuando la realidad es que, en la mayor parte de los casos, no dominan esta lengua o les cuesta comunicarse.

d) La falacia del inglés como *lingua franca* en la que todos se pueden comunicar sin necesidad del intérprete.

e) La no exigencia del cumplimiento estricto de la legislación respecto al derecho del paciente a la información.

f) La falta de profesionalización del colectivo de traductores e intérpretes.

Considero que el tema de la calidad de la interpretación en el ámbito médico-sanitario es un tema crucial en una sociedad marcada por la globalización y el multilingüismo. Si analizamos la situación socioeconómica actual dentro del marco territorial de la Comunidad Valenciana, veremos que es una entidad autonómica con características poblacionales marcadas por el turismo y la inmigración. Sus propiedades climatológicas fomentan el fenómeno demográfico conocido como «turismo de salud». Para una mejor comprensión de la magnitud del influjo migratorio, adjunto una tabla proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística (fig. 1.1) que refleja las principales nacionalidades de «inmigrantes sociales», grupo demográfico constituido por personas de elevado nivel socioeconómico procedentes de Europa Occidental; e «inmigrantes económicos», grupo poblacional formado por personas procedentes de Europa del Este o Latinoamérica, que emigran a países más desarrollados económicamente para mejorar la calidad de vida (Navaza, Estévez, Serrano, 2009: 141, 145).

Frecuentemente los «inmigrantes económicos» junto con los refugiados y solicitantes de asilo son usuarios del sistema de salud pública, mientras que los «inmigrantes sociales» disponen de medios económicos necesarios para acudir a centros médicos privados y muchos de ellos entran en la categoría de usuarios de «turismo de salud».

Luis y Toledano también distinguen dos grupos diferentes de pacientes y proponen la siguiente clasificación poblacional: inmigrantes económicos de países menos desarrollados como turistas, y residentes con un poder adquisitivo normalmente superior a la media española (Luis y Toledano 2002: 71-74). Martínez-Gómez Gómez afirma que la sanidad privada busca soluciones para poder distinguirse y ofrecer un mejor servicio «con vistas a una mayor competitividad». De esta forma, las clínicas privadas con un considerable volumen de pacientes cuentan con intérpretes en plantilla, mientras que centros médicos y clínicas más pequeñas «suelen disponer de personal» con «dominio» de lenguas extranjeras (Martínez-Gómez Gómez, 2007: 1048 y 1049).

Variación de la población extranjera residente en España durante 2015 según principales nacionalidades

	Población a 1 de enero		Crecimiento anual(*)	
	2016(*)	2015	Absoluto	Relativo (%)
Total extranjeros	4.418.898	4.454.353	-35.456	-0,80
Rumanía	699.502	708.390	-8.888	-1,25
Marruecos	678.467	688.693	-10.227	-1,48
Reino Unido	297.000	301.811	-4.811	-1,59
Italia	192.053	182.694	9.359	5,12
China	171.508	167.539	3.969	2,37
Ecuador	158.967	174.372	-15.405	-8,83
Alemania	142.316	144.953	-2.637	-1,82
Colombia	135.954	145.534	-9.581	-6,58
Bulgaria	130.506	134.427	-3.921	-2,92
Portugal	102.318	103.843	-1.525	-1,47
Francia	101.336	98.736	2.600	2,63
Ucrania	90.530	84.127	6.403	7,61
Bolivia	89.115	101.347	-12.232	-12,07
Argentina	71.062	73.181	-2.119	-2,90
Rusia	69.454	65.920	3.534	5,36

(*) Datos provisionales

Figura 1.1. Valoración de la población extranjera residente en España (INE).

Cifras de población a 1 de enero de 2016. Estadística de migraciones de 2015

Otro grupo muy importante son los turistas. Para poder tener una perspectiva más amplia, he decidido consultar de nuevo los datos del Instituto Nacional de Estadística, en cuyo registro estadístico de movimientos turísticos en fronteras he podido recopilar los siguientes datos de interés: España recibió 9,6 millones de turistas internacionales en julio de 2016, un 9,3 % más que en el mismo mes de 2015. Como se puede observar en la figura 2.2, el principal país de procedencia es Reino Unido, con 2 197 808 turistas, lo que representa el 23,0 % del total y un incremento del 11,4 % respecto a julio del año anterior. Francia y Alemania son los siguientes, con más turistas que visitan España en ese mes: Francia aporta 1 523 837 (un 13,8 % más), y Alemania, 1 277 846 (un 3,5 % más en tasa anual).

Según los datos que he obtenido tras consultar las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística, las comunidades autónomas de destino principal son Cataluña (el 25,3 %), Islas Baleares (24,7 % del total) y Andalucía (12,7 %). En el resto de comunidades, el número de turistas se incrementa un 21,0 % en Canarias, un 16,2 % en la Comunidad de Madrid y un 13,4 % en la Comunidad Valenciana.

Llegada de turistas⁽¹⁾ internacionales según país de residencia				
	Datos mensuales		Datos acumulados	
	Valor absoluto	Variación ⁽²⁾ anual	Valor absoluto	Variación anual
TOTAL	9.570.121	9,3	42.361.233	11,1
Alemania	1.277.846	3,5	6.272.370	6,0
Bélgica	419.946	3,4	1.378.823	3,5
Francia	1.523.837	13,8	6.112.864	9,5
Irlanda	227.935	11,1	1.021.681	19,7
Italia	449.424	2,2	2.183.958	7,2
Países Bajos	504.505	-5,2	1.983.445	10,4
Portugal	238.797	19,8	1.065.781	15,5
Reino Unido	2.197.808	11,4	10.145.091	15,3
Suiza	237.404	5,5	983.140	10,9
Rusia	149.244	3,9	548.828	1,4
Países nórdicos	668.258	14,9	3.105.695	12,4
Resto de Europa	593.133	12,4	2.731.466	13,9
Estados Unidos	277.744	4,4	1.169.357	7,0
Resto de América	306.748	19,8	1.407.152	18,6
Resto del mundo	497.493	15,8	2.251.581	11,4

(1) No incluye viajeros en tránsito ni visitantes de un solo día sin pernoctación (excursionistas).
(2) Ver apartado metodológico sobre el enlace, al final de esta nota de prensa.

Figura 2.2. Estadística de movimientos turísticos en fronteras.

Julio de 2016. Datos provisionales

A pesar de estos datos demográficos, los hospitales públicos no disponen de servicios de interpretación debido a la falta de financiación por parte de la Administración Pública. Muchos facultativos afirman que «se apañan bien en inglés», y otros creen y aseguran que «hablan inglés perfectamente». Pero ¿qué significa «hablar inglés»? El predominio del inglés como *lingua franca*, fomentado por la industria cinematográfica y los medios de comunicación, se convirtió en un imperialismo lingüístico. Existen estudios que determinan que la gran mayoría de personas que estudian inglés no adquirirán nunca un nivel más avanzado que el *threshold level*, o el nivel umbral según la clasificación del Marco Común Europeo de Referencia para las Lenguas (*Common European Framework of Reference for Languages*). Por otra parte, el sector privado está orientado al turismo de salud, donde los servicios de interpretación, como veremos en el apartado 3.6., constituyen una condición fundamental.

En mi práctica profesional en un centro privado encontré que muchos especialistas de la salud, a pesar de que tenían la posibilidad de atender al paciente asistidos por intérprete, afirmaban que «se apañaban en inglés» o que «dominaban el inglés perfectamente». Como resultado, en repetidas ocasiones los pacientes no entendían qué tipo de medicación tenían

que seguir tras el alta, si debían continuar con su medicación habitual, si debían volver a consultas externas, y, a veces, ni siquiera sabían explicar qué les habían diagnosticado. Así, he podido observar que muchos facultativos del sector privado no están lingüísticamente capacitados para comunicarse a un nivel profesional, puesto que su aptitud y sus competencias lingüísticas están limitadas. Opino que esta falacia de la capacidad de expresión en inglés en un ámbito tan especializado como el médico-sanitario puede acarrear serios problemas y vulnerar los derechos fundamentales de los pacientes.

Los conocimientos lingüísticos son una herramienta *sine qua non* de la interpretación o la intercomunicación, pero no la única. Existen muchos casos en que los propios pacientes de habla hispana no comprenden la terminología utilizada por el facultativo. Por tanto, un intérprete que desempeña sus funciones en el ámbito médico-sanitario debe tener en cuenta el registro lingüístico, el nivel de formación y el grupo de edad del paciente, puesto que debe ser capaz de adaptar el mensaje constituido por un lenguaje complejo y técnicamente elaborado y transmitirlo en la lengua meta utilizando diferentes mecanismos (como la explicación, la sinonimia, etc.). El paciente no es un experto en la materia; sin embargo, tiene derecho a comprender el diagnóstico, el tratamiento y otros aspectos relativos a su propio estado de salud.

Finalmente, teniendo en cuenta la trascendencia de la labor del intérprete médico, me gustaría abordar en el presente trabajo el tema de la acreditación del intérprete. Muchas personas sin formación ni cualificación profesional ejercen la labor de intérprete aunque no hayan adquirido la formación necesaria para ello. La falta de la profesionalización de la interpretación implica la contratación de personas que aseguran «saber» una lengua, pero nadie verifica estos datos, nadie realiza ningún examen del nivel lingüístico del aspirante. No existe ningún sistema de acreditación a nivel nacional, y tampoco tenemos colegio profesional. El descontrol y la falta de concienciación de la gravedad de esta situación son factores que favorecen la proliferación del intrusismo laboral, y este a su vez fomenta el menosprecio y la infravaloración de esta labor.

2.2. Normas de calidad

Dada la diversidad cultural y lingüística de la sociedad contemporánea, marcada por la inmigración y la globalización, la interpretación en los servicios públicos es una herramienta esencial mediante la cual los proveedores de dichos servicios pueden garantizar un acceso igualitario y de calidad para todas las comunidades lingüísticas, independientemente de su cultura o de su lengua. La organización internacional de normalización (ISO) ha establecido una serie de pautas y buenas prácticas para los intérpretes que trabajan en los servicios públicos. La premisa principal es la consideración de su trabajo como una profesión y no como una práctica informal que puede ser desempeñada por amigos, familiares, niños u otras personas que no poseen las competencias, no tienen la acreditación académica y profesional correspondiente, ni están sujetas al código ético.

En la norma ISO 13611 (2014: 6-10) se señala que los proveedores de los servicios públicos solo deberían trabajar con intérpretes acreditados, que puedan aportar pruebas de su competencia y referencias que se puedan verificar. También se señala que debería haber una entidad de control ante la que se pudieran denunciar las infracciones contra la ética profesional. Otra recomendación reseñable es que el intérprete debería negarse a realizar tareas para las que carece de formación, experiencia, titulación académica o credenciales profesionales. Un ejemplo de tarea que no corresponde al intérprete es la de sustituir al médico o a la enfermera y formular las preguntas para realizar la anamnesis del paciente. La normalización ISO no incluye disposiciones de cumplimiento obligatorio, sino que presenta una serie de pautas cuyo seguimiento pretende asegurar que se respeten los derechos del paciente.

Por otra parte, cabe mencionar que la Joint Commission es una organización no gubernamental sin ánimo de lucro de acreditación de instituciones sanitarias. En 2009, la Joint Commission generó un programa de acreditación de hospitales formado por una serie de requisitos en relación con la provisión de una asistencia culturalmente competente y con la política enfocada al paciente (The Joint Commission, 2009: 3).

Según el estándar HR.01.02.05, el hospital debe verificar las competencias de los aspirantes antes de la contratación y documentar el hecho de que el candidato dispone de la formación y la experiencia necesarias para el emprendimiento de la labor. De esta manera,

según el estándar HR.01.02.01, las organizaciones sanitarias deberán documentar pruebas que demuestren el nivel de competencia lingüística, la formación y la experiencia de todos los intérpretes que trabajan a tiempo completo o a media jornada a través de una agencia, o de manera remota mediante un servicio de interpretación telefónica o de videoconferencia (The Joint Commission 2009: 3).

2.3. Legislación

Este apartado recoge la legislación vigente relativa a los servicios de traducción e interpretación internacional y nacional. En un exhaustivo estudio de la legislación internacional llevado a cabo por Angelelli (2015) sobre la implementación de la Directiva 2011/24/EU se describe la situación de la traducción y la interpretación en el ámbito médico-sanitario en los sectores público y privado dentro del contexto de turismo sanitario.

Según este estudio, la atención sanitaria transfronteriza está aumentando entre los ciudadanos y residentes europeos, quienes buscan asistencia en virtud de la Directiva 2011/24/EU o Reglamento (CE) n.º 883/2004. Según Angelelli (2015: IV) si los pacientes no pueden acceder a los servicios de asistencia sanitaria en una lengua que comprenden en su plenitud, no se garantiza un acceso universal e igualitario a una asistencia sanitaria segura y de alta calidad. Las medidas adoptadas para atender las necesidades de los pacientes abarcan desde traducción e interpretación profesional hasta soluciones *ad hoc* informales y poco profesionales.

Ninguno de los documentos que constituyen el marco legislativo de la Unión Europea (por ejemplo, la Directiva, la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, el Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea o el Reglamento 833/2004), excepto la Directiva 2010/64/EU sobre el Derecho de Interpretación y Traducción en el Marco de Procedimientos Penales, se refieren explícitamente a la provisión de ayuda lingüística para los ciudadanos o residentes legales que buscan asistencia sanitaria en los Estados miembro en los que no tienen acceso a la información. De este modo, a falta de unas pautas legislativas claras por parte de la Unión Europea, la legislación pertinente de cada uno de los Estados miembro varía considerablemente. En la mayoría de los casos no hay ninguna legislación al respecto que garantice un servicio igualitario e integral al nivel más alto de protección que se garantiza a todos los ciudadanos de la Unión Europea. Se considera que una legislación que garantiza unos servicios lingüísticos profesionales (por ejemplo, la legislación del Reino Unido) es una buena práctica (Angelelli, 2015: VII). Así, no hay legislación que defina la responsabilidad de quién debe proveer los servicios lingüísticos en el ámbito médico-sanitario con respecto a la Unión Europea.

En España las lenguas regionales están protegidas por ley; por lo tanto, la información

se debe ofrecer también en estas lenguas. En España, además de la Directiva, encontramos un instrumento legislativo preexistente que forma parte de un marco legal nacional para la asistencia sanitaria transfronteriza. El Real Decreto n.º 1030/2006 del 15 de septiembre establece los «recursos y procedimientos que permiten la provisión de asistencia sanitaria básica en España y los derechos que corresponden a todos los ciudadanos de otros países miembros de la Unión Europea a la hora de solicitar asistencia sanitaria en este país» (Angelelli, 2015: 34).

Angelelli apunta que, en la mayoría de los casos, no se proporciona apoyo lingüístico profesional. Esto pone en tela de juicio el derecho a acceder a servicios médico-sanitarios seguros y de calidad. Los pacientes transfronterizos son responsables en la mayor parte de los casos de la traducción de documentos e historias clínicas. La prestación de servicios de traducción e interpretación se percibe como una medida muy costosa y no siempre esencial. Con una frecuencia alarmante, las instituciones no ofrecen ningún servicio lingüístico y recurren a los mediadores *ad hoc* (los miembros de familia, el personal bilingüe o los voluntarios) para realizar traducciones, interpretaciones y mediación lingüística y cultural sin ninguna remuneración (Angelelli, 2015: ix). Las prácticas improvisadas por los bilingües *ad hoc* que realizan mediación lingüística en lugar de servicios profesionales no parecen una manera responsable de abordar las necesidades lingüísticas de la población diversa de la Unión Europea. No se debería recurrir al personal bilingüe (cuyo nivel de competencia lingüística en ambos idiomas y cuyas habilidades de traducción e interpretación no se pueden verificar) para la realización de traducciones, interpretaciones o meditaciones interculturales (Angelelli, 2015: ix). La autonomía del paciente depende del pleno acceso a la información, independientemente de la lengua en la que se le proporciona (Angelelli, 2015: 4).

Así, la provisión de servicios lingüísticos en el ámbito médico-sanitario no está incluida en la partida presupuestaria nacional de España. Los mismos pacientes tienen que abonar el pago por los servicios de traducción e interpretación si estos están disponibles en instituciones sanitarias individuales. En muchos casos, los supuestos costes del servicio se perciben como un factor disuasorio para la provisión de servicios profesionales (Angelelli, 2015: ix).

Las medidas que garantizan la calidad de la traducción e interpretación y de la mediación intercultural son esenciales para eludir violaciones no deseadas de los derechos de

los pacientes debido a la baja calidad de provisión de medios lingüísticos. Existen muchos casos de problemas de comunicación que se observan en el ámbito sanitario (errores, demora en tratamientos, diagnósticos equivocados, visitas repetidas, deterioro de la salud de los pacientes y aumento innecesario de los casos de urgencias) debido a la falta de provisión lingüística, interpretación o traducción deficientes, errores y una comunicación imprecisa tanto en el territorio de la Unión Europea como más allá de esta.

A pesar de las similitudes entre ambas directivas, la Directiva 2011/24/EU no encomienda concretamente los servicios de traducción e interpretación como lo hizo la Directiva 2010/64/EU. La falta de claridad en esta cuestión de la lengua en la Directiva 2011/24/EU plantea dudas sobre la plausibilidad de acceso por parte de los pacientes que no comparten la lengua y que, de esta manera, puede que realmente no accedan a la información (Cohen, 2005, citado en Angelelli, 2015: 6).

Cabe destacar que el contenido del Real Decreto n.º 81/2014 es muy similar al contenido y el espíritu de la Directiva 2011/24/EU. Este Real Decreto contempla los principios de la libertad de elección del paciente, el acceso a los servicios de atención sanitaria de calidad y la no discriminación por motivos de su origen y lugar de procedencia (Angelelli, 2015: 34).

A continuación procedo a analizar la legislación nacional, concretamente la Ley Orgánica 4/2000 y la Ley Orgánica 41/2002.

En España, los derechos fundamentales del paciente aparecen recogidos en la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y las obligaciones en materia de información y documentación clínica, en particular el derecho a la información sanitaria. Como puntos clave de este instrumento legislativo, podríamos citar los siguientes:

- Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre ella, salvando los supuestos exceptuados por la ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

- La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.
- El médico responsable del paciente garantizará el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial, o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto, también serán responsables de informarle adecuadamente.

A finales de la década de los noventa tuvo lugar en España un fenómeno migratorio de gran importancia demográfica y socioeconómica. Muchos extranjeros procedentes de diversos países llegaron a España en busca de una vida más digna. Así Niño Moral (2006) afirma que los derechos de los inmigrantes se ampliaron según lo establecido en la reforma de la Ley Orgánica 4/2000 que:

[...] prevé en su artículo 12 que tienen derecho a la asistencia sanitaria en igualdad de condiciones que los ciudadanos españoles, los extranjeros inscritos en el padrón municipal del municipio donde residan, todos los extranjeros menores de 18 años y las mujeres embarazadas durante el periodo de embarazo, parto y puerperio (p. 1065).

Además, todos los inmigrantes recibieron el derecho de acceso al sistema de la Seguridad Social: «La igualdad de trato en las condiciones laborales y de Seguridad Social» (Art. 2bis sobre la Política Inmigratoria y Art. 10 sobre el Derecho al Trabajo y a la Seguridad Social).

Por último, analizaré brevemente la legislación sobre el trabajo de menores, pues afecta a la actuación como intérpretes *ad hoc* de los hijos de los pacientes extranjeros. Frecuentemente los extranjeros que no dominan la lengua del país de acogida recurren a sus hijos, para que ellos les interpreten. Sus hijos aprenden el idioma del país de acogida mucho más rápidamente, por lo que se ven obligados a interceder en calidad de defensores e intérpretes a la vez por sus padres. No obstante, según el Art. II-92 de la Constitución Europea (Bruselas, 13 de octubre de 2004) el trabajo infantil está prohibido. En el estudio sobre la ordenación jurídica del trabajo de los menores desde la perspectiva del derecho español realizado por Sastre Ibarreche (2008) se afirma:

La edad mínima de admisión al trabajo no podrá ser inferior a la edad en que concluye el periodo de escolaridad obligatoria. Los jóvenes admitidos a trabajar deberán disponer de condiciones de trabajo adaptadas a su edad y estar protegidos contra la explotación económica o contra cualquier trabajo que pueda ser perjudicial para su seguridad, su salud, su desarrollo físico, psíquico, moral o social, o que pueda poner en peligro su educación (pp. 1-6).

Según la Carta Comunitaria de los Derechos Sociales Fundamentales: «Sin perjuicio de disposiciones más favorables para los jóvenes, en especial las que garanticen, mediante la formación, su inserción profesional, la edad mínima de admisión al trabajo debe fijarse en 16 años» (Sastre Ibarreche, 2008: 1-6). Por último, según los Art. 6 y 7 de la carta Social Europea: «Se prohíbe la admisión al trabajo a los menores de dieciséis años» (Sastre Ibarreche, 2008: 1-6). No obstante, la interpretación no se considera trabajo o profesión propiamente dicha, por lo que desde el punto de vista legislativo el hecho de que un menor interprete paradójicamente no se contempla como una infracción.

2.4. Códigos deontológicos

El último subapartado de esta breve revisión de la situación de la interpretación médica en la actualidad incluye la descripción y el análisis de los aspectos más relevantes de los códigos éticos y deontológicos más prestigiosos y utilizados por los profesionales.

El formato de este trabajo de fin de máster no me permite analizar todos los códigos deontológicos existentes, por lo que me ceñiré al código de ética de la Asociación Internacional de Intérpretes Médicos (IMIA), establecido en 1987 y revisado en 2006, así como a los estándares para la práctica de la interpretación médica desarrollados por IMIA y el Education Development Center (EDC).

Cabe destacar que en el código ético de IMIA no he encontrado ningún apartado que se refiera explícitamente a la formación que debe poseer el intérprete. En el séptimo apartado se señala que los intérpretes tomarán parte en la defensa de los pacientes y desempeñarán el papel de intermediario intercultural para explicar las diferencias culturales a los proveedores de atención médica y a los pacientes cuando sea apropiado y necesario para el propósito comunicativo. Por un lado, en este apartado se destaca la importancia de la empatía; por otro lado, el sesgo o la inclinación del intérprete hacia el paciente, que le convierte en su defensor, va en contradicción con otros códigos éticos y deontológicos: en AUSIT se expone que los intérpretes deben mantener objetividad, imparcialidad y confidencialidad. Según este código ético, los intérpretes no deben permitir que los prejuicios influyan en su interpretación. Según el código deontológico de EULITA (Asociación Europea de los Intérpretes y los Traductores Judiciales), la imparcialidad y la abstinencia del asesoramiento a las partes implicadas deben permanecer neutrales, evitando cualquier contacto indebido con los testigos, acusados y sus familias, o miembros de la abogacía. El código ético de APTIJ (Asociación Profesional de Traductores e Intérpretes Judiciales y Jurados de España) presenta un amplio apartado sobre la imparcialidad. Según este código, los factores emocionales y los principios individuales no deben interferir en la calidad de la labor profesional.

Por lo que respecta a los estándares profesionales, he decidido indagar un poco más sobre los relativos a la práctica de la interpretación médica de (IMIA), cuyo código ético acabo de examinar. Según Seleskovitch (1978), Cokely (1988) y Downing y Swabey (1992), la interpretación consiste en «la transformación de un mensaje expresado en una lengua de

origen en su equivalente en una lengua meta, de modo que el mensaje interpretado tenga el potencial de generar la misma respuesta en el receptor que el mensaje original». Para lograr que esto ocurra, no es suficiente un buen dominio de las lenguas original y meta, sino que el intérprete debe poseer destrezas y conocimientos para una rápida captación y comprensión del mensaje, y su inmediata reexpresión en la lengua meta.

Me gustaría añadir que el intérprete del ámbito médico-sanitario utiliza a menudo la técnica de desteterminologización del lenguaje técnico utilizado por el facultativo para facilitar la comprensión del paciente. Según Woloshin (1995), el facultativo percibe y utiliza los enunciados del paciente como una poderosa herramienta de comprensión de síntomas y diagnóstico de enfermedad. Por lo tanto, el intérprete debe ser capaz de captar todos «los matices y presuposiciones socioculturales», cuya ausencia podría conllevar serias consecuencias. Una de las premisas de la que parten los estándares para la práctica de la interpretación médica es que la competencia del intérprete se puede determinar por la precisión y la integridad de la transmisión del mensaje en la lengua meta (IMIA y EDC, 2007: 15-22).

Los mensajes que el intérprete debe traspasar a la lengua meta contienen un significado cultural «inherente». En opinión de Whorf (1978) y Sapir (1956), el lenguaje es una extensión de la cultura, de manera que el intérprete debe reconocer y saber transmitir el significado que subyace tras las palabras y las expresiones lingüísticas. El intérprete debe entender los conceptos, puesto que la interpretación literal puede conllevar graves consecuencias para el establecimiento del diagnóstico y la prescripción del tratamiento.

También se indica que el papel del intérprete profesional es todavía nuevo y bastante desconocido en el entorno médico. Por ello, es importante que los intérpretes establezcan unas expectativas claras sobre su papel al inicio de la entrevista triádica (proveedor-paciente-intérprete), destacando los elementos de precisión, integridad y confidencialidad (IMIA y EDC, 2007: 15-22). Castillo García y Taibi (2005: 111) exponen algunos casos de expectativas erróneas y del desconocimiento del papel de los intérpretes por parte del médico. Por ejemplo, el médico se dirige en todo momento al intérprete en lugar de dirigirse al paciente, o «el facultativo le pide a la intérprete que ayude a la paciente a desnudarse, por lo que la intérprete se ve obligada a explicarle al médico que esa no es una tarea que le corresponda. Se produce una situación tensa».

3. Revisión bibliográfica: presentación y análisis de los resultados

Antes de comenzar a realizar cualquier estudio de investigación riguroso, es importante establecer una relación con los estudios previos. Tras revisar la bibliografía sobre la traducción y la interpretación del ámbito médico-sanitario en el sector de la sanidad privada, no he podido identificar ningún estudio referido al turismo de salud en la Comunidad Valenciana. Sin embargo, he encontrado numerosos estudios sobre el ámbito de la sanidad en otros países, especialmente en lo que se refiere a la traducción e interpretación en los servicios públicos. Los países que han generado más estudios en este campo son: Alemania (Mesterko y Glaesmer, 2015; Guske, 2010; Angelelli, 2015), Suiza (Riesberg y Würz, 2008; Bischoff y Lautau, 2004; Bischoff, 2003, 2006; Albl-Mikasa *et al.*, 2015), Estados Unidos (Schenker *et al.*, 2007; Jackson *et al.*, 2011; Nápoles *et al.*, 2010, 2015; Rivadeneyra *et al.* 2000; Flores *et al.*, 2003; Pham *et al.*, 2008) o Austria (Pöchhacker, 1999).

No obstante, en los últimos años se observa en España un interés creciente por el tema, que ha dado como resultado la aparición de numerosos trabajos sobre la traducción e interpretación en los servicios públicos, y en particular en la sanidad pública (Niño Moral, 2008; Martínez-Gómez Gómez, 2008; Angelelli, 2015; Valero-Garcés, 2008; Aguilar Solano, 2015, entre muchos otros).

Tras revisar la bibliografía seleccionada (que se recoge en el apartado de «Referencias» de este trabajo), he seleccionado varias cuestiones que aparecen de forma recurrente en la mayoría de los documentos consultados por la trascendencia y las consecuencias prácticas que pueden tener para la calidad de la traducción y la interpretación en el ámbito sanitario. En un primer momento, pensé en ordenar los resultados de mi revisión por autores, pero al observar cómo se repetían ciertas cuestiones me di cuenta de que resultaría más productiva una revisión por temas. Otro de los motivos por los que los he seleccionado es el interés que tienen para mí y el hecho de que siguen generando polémica e intensos debates en el mundo académico y profesional.

3.1. Delimitación de los conceptos de interpretación y mediación intercultural

En muchos de los trabajos consultados se plantea la cuestión de quién debe realizar las funciones de intérprete en los hospitales y qué formación debería poseer: ¿los mediadores culturales, los traductores o los intérpretes? Estas figuras profesionales se confunden con frecuencia y no existe consenso sobre la conveniencia de recurrir a unos o a otros.

Uno de los trabajos más recientes y completos sobre esta cuestión es el realizado por Martín y Phelan en 2010. Está contextualizado en Irlanda, donde, según este estudio, los mediadores interculturales habían sido formados en los últimos años tanto para ayudar a los inmigrantes de otros países a acceder y hacer uso de los servicios médico-sanitarios como para mediar entre los pacientes y los proveedores del servicio médico-sanitario en situaciones de conflicto. De este modo, los intérpretes quedaban relegados a solucionar problemas lingüísticos (Martín y Phelan, 2010: 1).

Martín y Phelan examinaron el rol del intérprete médico y la importancia de la imparcialidad junto con la reticencia de actuar como defensores del paciente. Según estos autores, los intérpretes no se pueden involucrar en situaciones en las que el paciente pueda necesitar ayuda adicional para poder acceder a los servicios sanitarios: consideran que esa ayuda la deben proporcionar los mediadores interculturales y afirman que la mediación intercultural no es un sinónimo de interpretación, sino un servicio adicional que pretende llenar el vacío que los intérpretes no pueden cubrir si tienen que adherirse al código ético de su profesión (Martín y Phelan, 2010: 17).

En opinión de Martín y Phelan (2010: 16), el papel del mediador intercultural y el del intérprete se diferencian en que el primero pretende facultar al usuario del sistema sanitario y ayudarlo a tomar decisiones. Los mediadores culturales tienen que explicar aspectos culturales, barreras o incluso la renuencia de cooperar, mientras que los intérpretes dejan que los participantes resuelvan un problema cultural formulando preguntas o planteando dudas. El intérprete solo proporciona una explicación cultural como última alternativa. Así, los autores del presente estudio consideran que la mediación intercultural no se tiene que percibir como una alternativa a la interpretación o un «valor añadido» que los intérpretes de diferentes contextos culturales podrían proveer. La interpretación y la mediación cultural son dos

disciplinas distintas que se deben complementar (Martín y Phelan, 2010: 16).

Por lo que respecta a la formación que diferencia a los intérpretes de los mediadores interculturales, Martín y Phelan afirman que no existe una formación estándar para intérpretes médicos en toda Europa (Martín y Phelan, 2010: 4), pues hay un gran número de títulos que acreditan para ejercer la profesión de intérprete médico. En el Reino Unido existe el diploma en interpretación en los servicios públicos (*Diploma in Public Service Interpreting*) expedido por la *Chartered Institute of Linguistics*. También en el Reino Unido, encontramos el curso de máster (*M. A. Course*) de la Universidad de Sussex. En Australia se utiliza la acreditación de la *National Accreditation Authority for Translators and Interpreters Inc* (NAATI). En Irlanda citan el *Graduate Certificate in Community Interpreting Course* (certificado de un curso de posgrado en Interpretación en los Servicios Públicos), expedida por la *Dublin City University*, como única acreditación de enseñanza superior disponible. Se obtiene tras la superación de un curso consistente en cuatro módulos que se imparten durante un semestre con un total de 100 horas (Martín y Phelan, 2010: 4). En Suiza, los intérpretes adquieren un certificado de formación profesional continua con un plan de estudios de 150 horas de curso presencial y a domicilio que aborda la introducción a los conceptos básicos de las técnicas, el comportamiento profesional y los ámbitos de interpretación de los servicios públicos. Dentro del marco de esta formación, a los intérpretes se les examina para obtener un nivel B2 en alemán y deberían tener al menos 50 horas de experiencia laboral en interpretación en los servicios públicos (Albl-Mikasa et al., 2015: 77-78).

Flores (2003: 10) afirma que en los Estados Unidos menos de la cuarta parte de los hospitales de todo el país proporcionan una formación para los intérpretes médicos. Solo un 14 % de los hospitales estadounidenses proporcionan formación para los intérpretes voluntarios, y en la mitad de estos hospitales esta formación no es obligatoria. Incluso aunque los hospitales proporcionen cursos de formación para los intérpretes médico-sanitarios, estos se limitan a unas sesiones de orientación muy cortas o también pueden incluir el seguimiento de intérpretes con más experiencia.

Por mi experiencia conozco la situación en Austria, donde existe el Grado en Comunicación Intercultural que incluye asignaturas de traducción e interpretación (*Transkulturelle Kommunikation Bachelor*) y un máster en diferentes modalidades de interpretación incluyendo la médica, pero, como afirma Pöchlhammer (1999, 2008), en los

hospitales públicos se sigue recurriendo al personal hospitalario bilingüe para que realice interpretaciones.

Finalmente, en España existe el Grado de Traducción e Interpretación y el Máster Universitario en Traducción Médico-Sanitaria para las personas que quieran especializarse, pero cabe destacar que, en Barcelona, «en todos los centros se requiere que los profesionales de la comunicación hayan pasado por un curso especializado en mediación intercultural (incluidos los agentes de salud comunitaria del CAP Drassanes)» (Burdeus Domingo y Arumí Ribas, 2012: 29). Según Pena Díaz (2016) la mediación intercultural es un fenómeno bastante reciente en España. A pesar de que la figura del mediador se reconoce por el Gobierno, en la práctica es casi inexistente. La tarea de la mediación intercultural se realiza por voluntarios, miembros de familia del paciente, amigos, etc. Valero (2003: 22) indica que en los países del sur de la Unión Europea los servicios de traducción e interpretación en el ámbito sanitario se llevan a cabo mediante iniciativas individuales con poca ayuda proveniente del Gobierno, sin remuneración, sin formación y coordinación y sin código ético estandarizado.

Para terminar, cabe destacar que, en opinión de Pena Díaz (2016: 625-633), los inmigrantes tienen derechos y obligaciones, y uno de estos derechos entraña el acceso a un sistema público de asistencia sanitaria en el que el paciente tiene derecho a entender y ser entendido. Desafortunadamente, de momento es un derecho al que muchos inmigrantes no tienen acceso.

3.2. La comunicación con pacientes inmigrantes desde la perspectiva de los médicos de familia

En este apartado se analiza la opinión de los médicos sobre la comunicación con pacientes inmigrantes. El objetivo del análisis de este apartado es determinar si los facultativos son conscientes de la necesidad de interpretación y mediación cultural en un entorno plurilingüístico y multicultural. Cabe destacar que he logrado encontrar muy pocos estudios que se centren en la opinión de los médicos sobre el tema de la comunicación con los pacientes extranjeros, y menos en España, por lo que he decidido citar los estudios más recientes: uno del año 2015 contextualizado en Alemania y otro del año 2010 contextualizado en Estados Unidos.

Según el estudio realizado por Nesterko y Glaesmer en 2015 en Alemania, a pesar de que existe una clara relación entre la satisfacción con el tratamiento por parte de los inmigrantes y el grado de profesionalidad del intérprete o mediador intercultural, la utilización de intérpretes *ad hoc* sobre todo en la planta hospitalaria es mucho más habitual. Un cuestionario dirigido a pacientes de ginecología llevado a cabo en la planta hospitalaria revela que aproximadamente en la mitad de los casos los esposos de las pacientes desempeñaron las funciones de intérprete, actuando como mediadores interculturales o *Sprachmittler* (término que en alemán abarca también los conceptos de traductor e intérprete). Únicamente en un 2 % de los casos había intérpretes profesionales. En otro estudio posterior se ha observado que, en muchos casos, los acompañantes (cónyuges o hijos) o el personal bilingüe o plurilingüe actuaban de intérpretes (Nesterko y Glaesmer, 2015: 508).

Los resultados de diversos proyectos de investigación sobre la migración, confirman que los pacientes con trasfondo migratorio reciben como promedio una peor asistencia médica en comparación con los pacientes autóctonos. Desde el punto de vista de los propios pacientes, esto es debido a las dificultades de comunicación relacionadas con la lengua y la cultura. De este modo, los datos que han obtenido los autores mediante los cuestionarios dirigidos a los médicos de familia muestran que los facultativos están convencidos de que los conocimientos lingüísticos insuficientes de los pacientes con el trasfondo migratorio constituyen la razón principal de las dificultades comunicativas durante la asistencia médica, y que el nivel del conocimiento lingüístico de los inmigrantes atendidos suele ser inferior a un

nivel medio (Nesterko y Glaesmer, 2015: 510).

El estudio realizado por Nápoles (2010) contribuye a llenar el vacío en la investigación realizando un etiquetado de calidad de la interpretación profesional presencial y a través de videoconferencia desde la perspectiva de los médicos (como usuarios directos e interlocutores primarios). Se ha observado que los médicos percibieron que la calidad de la interpretación presencial y a través de videoconferencia es similar, y que la calidad de ambas modalidades de interpretación profesional era superior a la interpretación *ad hoc* (Nápoles *et al.*, 2010: 7).

Según este mismo estudio, parece que la interpretación profesional presencial ofrece una ventaja frente a la interpretación por videoconferencia en lo que respecta a la manera en la que los médicos comprenden las creencias culturales de los pacientes. Era casi 2,3 veces más probable que los médicos indicaran que había un mejor entendimiento de la cultura del paciente al que atendían con un intérprete profesional presente en la consulta que mediante la interpretación por videoconferencia (Nápoles *et al.*, 2010: 7-9).

Aunque la intención legislativa de abordar la discriminación lingüística se hace patente en la ley estadounidense (Title VI of the Civil Rights Act, 1964), la pregunta que se plantea es quién pagará por los servicios lingüísticos. El sistema de sanidad y los seguros se tienen que enfrentar a la creciente necesidad de los servicios de interpretación profesionales para lograr igualdad de asistencia y disminuir las disparidades (Nápoles *et al.*, 2010: 9).

3.3. Intérpretes *ad hoc* en la interpretación médica

En este apartado profundizaré el tema de la interpretación *ad hoc*. En primer lugar, considero conveniente definir el concepto de «intérprete *ad hoc*» y ver en qué se diferencia del concepto de «intérprete médico-sanitario profesional».

Según Angelelli (2014: 573-574) a diferencia de los intérpretes médico-sanitarios profesionales, los intérpretes *ad hoc* no disponen del título de grado o licenciatura en traducción e interpretación, no poseen cualificación o acreditación específica en traducción e interpretación médico-sanitaria y pueden tener o no experiencia en la realización de la tarea de interpretación. Carecen de formación profesional para interactuar en un proceso de comunicación que suele seguir un patrón bidireccional y dialógico utilizando las técnicas de interpretación necesarias para una correcta transmisión de todos los elementos semánticos: el contenido, la intencionalidad, la forma, el quid de la cuestión, los gestos, las pausas, los silencios y el tono del mensaje. A veces se adhieren al código ético, a veces no, aunque pueden poner de manifiesto la habilidad de hablar la lengua de origen y la lengua de llegada y ofrecerse como voluntarios para asumir el papel de intérprete debido a la falta de disponibilidad de intérpretes profesionales.

Entre los intérpretes *ad hoc* pueden incluirse los empleados bilingües de un centro médico (por ejemplo: personal de enfermería, personal de administración o admisión, médicos bilingües) o también los miembros de la familia del paciente, incluyendo a los menores o amigos a los que se les pide que ayuden a mediar en la comunicación. Pero Angelelli constata que eso puede provocar serias consecuencias que comprometen un acceso igualitario a los servicios de asistencia sanitaria (Angelelli, 2014: 573-574).

Por otro lado, Castillo García y Taibi (2005: 108-113) abordan el tema del «intérprete marginado» que acude a la consulta sin disponer de ningún tipo de información previa sobre el caso en el que va a intervenir [...] y además un familiar asume la función de mediador entre las partes [...] y el derecho de representación apropiándose de la voz del paciente por su relación familiar con él y por su conocimiento del caso (Castillo y Taibi, 2005: 109). Los autores plantean la siguiente cuestión: ¿de quién es la responsabilidad de que el intérprete quede al margen, mientras que el familiar asume la labor de interpretación? Al intérprete se le llama para «emprender su labor cuando comience la consulta», pero ¿qué debe hacer si el

familiar se entromete? Según Cushing (2003: 42), cabe la posibilidad de que haya un conflicto de roles (*role conflict*).

A modo de conclusión, cabe destacar que, de igual modo que el intérprete se queda marginado, el paciente se queda desprotegido desde el punto de vista legislativo y sociocultural. Considero que tanto los profesionales de la salud como los pacientes y sus familiares desconocen el hecho de que una interpretación deficiente puede acarrear graves consecuencias para la salud del paciente y la reputación del médico, como veremos más adelante.

3.3.1. El personal sanitario asume las funciones de un intérprete *ad hoc*

En 1999, Pöchhacker y Kadrič llevaron a cabo un estudio denominado *The Hospital Cleaner as Healthcare Interpreter*, que se basaba en el análisis empírico de un caso real de interacción terapéutica, debido a la problemática de las prácticas de interpretación en los hospitales de Viena (Austria). En este estudio la limpiadora del hospital que habla serbio y que asume el rol del intérprete monopoliza la conversación, añadiendo información inexistente, da instrucciones como si fueran órdenes y mezcla el estilo directo con el indirecto.

Según Pöchhacker y Kadrič (1999: 161-178), en este caso la intérprete *ad hoc* intentó reexpresar el significado de un término técnico clave, pero tergiversó el significado asociando este término con otro de otra esfera semántica. Como se puede observar, uno de los resultados de esta interacción es que la limpiadora, que actúa de intérprete, se sale de su rol, no transmite los enunciados de los interlocutores y presenta múltiples desviaciones de lo que podría haber sido una interpretación más precisa.

El hospital y sus empleados «se las han arreglado» mediante una interpretación llevada a cabo por la limpiadora bilingüe y cabe destacar que desde la perspectiva del paciente y del personal médico-sanitario este «servicio» cumplió su propósito. Los terapeutas desconocen el impacto que produce la interpretación de la limpiadora-intérprete y pierden el control de la calidad y la eficacia de su propia labor, que llevan a cabo de manera profesional. Con esta afirmación se puede decir que existe una falta de concienciación por parte de los proveedores del servicio médico-sanitario acerca de la complejidad que encierra el proceso comunicativo intercultural mediado por un intérprete. La «contribución» de la persona que actuó de intérprete sin formación apropiada para ello inevitablemente puso en peligro el desempeño de las funciones del personal médico (Pöchhacker y Kadrič, 1999: 161-178).

A modo de conclusión cabe destacar que, de los 464 miembros del personal hospitalario entrevistados en un estudio posterior, un 61 % indicó que se recurría al personal de limpieza para realizar las interpretaciones, un 44 % de entrevistados afirmó que se recurría al personal de enfermería y un 10 % alegó que se recurría a un médico bilingüe (Pöchhacker y Kadrič, 1999: 161-178).

Según Moreno, Otero-Sabogal y Newman (2007) un total de 840 intérpretes de

plantilla de hospitales estadounidenses que, además de la interpretación, llevaron a cabo otras tareas se examinaron para determinar su competencia lingüística en las lenguas que interpretaban. De los intérpretes *ad hoc* examinados, el 2 % suspendió el examen, el 21 % aprobó obteniendo un nivel básico y el 77 % aprobó obteniendo el nivel de intérprete médico. Los autores han determinado que aproximadamente uno de cada cinco intérpretes de plantilla de función doble en una gran organización de asistencia sanitaria tenía habilidades bilingües insuficientes como para actuar de intérprete en un encuentro médico. Normalmente, estos intérpretes de plantilla de función doble son intérpretes *ad hoc* sin formación en los protocolos de interpretación, terminología médica o fluidez en inglés o en su segunda lengua. Según los autores, los intérpretes *ad hoc* pueden perjudicar la atención médica.

Este estudio revela que los errores de interpretación con potenciales consecuencias clínicas ocurren en un 12 % de los encuentros médicos donde asiste un intérprete formado y en un 22 % de los encuentros en los se han utilizado los servicios de intérpretes sin formación. La interpretación es una técnica que se aprende, y, aunque que es verdad que cada intérprete puede hablar al menos dos lenguas, eso no significa que cualquier persona que puede hablar dos lenguas pueda ser un intérprete efectivo (Moreno, Ortero-Sabogal y Newman, 2007: 331).

La capacidad de los proveedores de diagnosticar con precisión una afección está en peligro si el intérprete que asiste no tiene formación específica, puesto que los intérpretes no profesionales tienden a omitir, añadir y sustituir la información, y además se ofrecen para dar su opinión. Los intérpretes *ad hoc*, incluyendo al personal de plantilla de función doble, los miembros de la familia y los amigos frecuentemente caen en la tentación de actuar como «mediadores lingüísticos», pues prefieren mediar de manera informal en lugar de interpretar la información (Moreno, Ortero-Sabogal y Newman, 2007: 331).

Los intérpretes que contaban con un nivel básico de la lengua que pretendían interpretar carecían de conocimientos apropiados de la terminología médica y eran incapaces de interpretar términos como *ingle*, *vesícula biliar*, *ictus* o *accidente cerebrovascular*, *útero* o *contracción*. Frecuentemente, el vocabulario básico en la segunda lengua era limitado, hecho que confirma su incapacidad de interpretar las frases que se usan con regularidad, como por ejemplo: «Usted debe traer una muestra de orina» (Moreno, Ortero-Sabogal y Newman, 2007: 333).

Durante la evaluación, se ha confirmado que un fallo común era confundir palabras homófonas (por ejemplo, la palabra del español *constipado*, que en inglés es *congested*, con el término inglés *constipated* que significa *estreñido*). Es sorprendente, pero algunos de los propios intérpretes de plantilla de doble uso tenían competencias lingüísticas limitadas y carecían de las capacidades necesarias para comprender a los proveedores (Moreno, Ortero-Sabogal y Newman, 2007: 333).

Otro estudio muy revelador es el realizado por Elderkin-Thompson, Silver y Waitzkin en Estados Unidos en 2001. Dicho estudio examina la precisión, la exactitud y la fidelidad de las interpretaciones proporcionadas por enfermeros que no recibieron ningún tipo de formación en interpretación médica, pero tenían excelentes destrezas bilingües. Se examinaron veintiuna consultas y aproximadamente dos terceras partes no eran casos complicados, por lo que no contenían errores que pudieran poner en peligro la certeza del diagnóstico y del tratamiento del paciente. Sin embargo, aproximadamente una tercera parte de los casos que no presentaban ninguna complicación y dos terceras partes de casos difíciles, en los que cabía la posibilidad de múltiples etiologías, experimentaron problemas de comunicación que generaron errores u omisiones significativos en el expediente médico (Elderkin Thompson *et al.*, 2001: 1353-1354).

En ocasiones, los enfermeros intentaban ser más efectivos y tergiversaron deliberadamente los comentarios del paciente para proporcionar información que correspondiera con la hipótesis que atribuían al médico. Proporcionaban esta información a pesar de que discrepaba de los comentarios de los propios pacientes (Elderkin-Thompson *et al.*, 2001: 1354). También cabe destacar que en ocasiones cuando el estatus socioeconómico y el nivel educativo de los inmigrantes se distinguía del estatus de los enfermeros desde de punto de vista de prestigio social y poder, estos últimos trataban al paciente como a un subordinado: ignoraban los comentarios del paciente, no le pedían aclaración cuando había algo que no comprendían, o hablaban por el paciente. Incluso parecía que el médico, que al principio mostraba interés por los comentarios del paciente, cambiaba la manera de percibirlo si veía que el enfermero-intérprete hacía caso omiso al paciente o interpretaba sus comentarios de una manera un tanto humillante (Elderkin-Thompson *et al.*, 2001: 1354).

Estos son ejemplos del personal bilingüe interno que sistemáticamente proporciona el servicio de traducción e interpretación, pero estas personas no son profesionales, sino que

constituyen una solución a propósito para la ocasión. Como se puede comprobar mediante los datos empíricos recogidos durante el estudio de Angelelli (2015: 51) las 108 organizaciones sanitarias europeas que se han estudiado (excepto dos) contratan intérpretes que no poseen el título en traducción e interpretación.

A modo de conclusión cabe destacar que los resultados de los estudios citados demuestran que el comportamiento y la actitud del personal de enfermería bilingüe podrían poner en peligro la certeza del diagnóstico y del tratamiento del paciente y comprometer la actuación de los médicos que tratan a los enfermos extranjeros.

3.3.2. Los miembros de familia del paciente como intérpretes *ad hoc*

En este apartado profundizaré en el tema de los miembros de familia de los pacientes que asumen las funciones y el rol del intérprete *ad hoc*. En el estudio llevado a cabo en 2010 por Meyer, Pawlack y Kliche en Alemania se observa que los intérpretes profesionales y los lingüistas generalmente consideran la utilización de los miembros de la familia como intérpretes en el ámbito médico-sanitario como una mala práctica (*bad practice*), pero la falta de los servicios de interpretación obliga a los pacientes cuya competencia lingüística es muy limitada y a los profesionales médicos a abusar de los miembros de familia bilingües o plurilingües para que actúen como intérpretes (Meyer *et al.*, 2010: 297).

Por su parte, Flores (2006: 231) indica que «los miembros de familia, los amigos, los desconocidos de las salas de espera o de la calle [...] son más propensos a cometer errores que pueden tener consecuencias clínicas adversas que los intérpretes profesionales». Pöchhacker (2008) argumenta que los inmigrantes bilingües de segunda generación no tienen claramente definidas sus funciones ni el papel que desempeñan cuando realizan una interpretación para los miembros de sus respectivas familias, por lo que su contribución lingüística no siempre soluciona problemas de comunicación. En cambio, como explica Meyer, estas «aportaciones» pueden agravar las dificultades existentes y en ocasiones, incluso, crear malentendidos adicionales. Cabe destacar que, aunque este tipo de interacciones con los intérpretes *ad hoc* a menudo parecen fluidas y poco problemáticas a primera vista, un examen más profundo revela errores significativos de comunicación que pasan inadvertidos por los interlocutores primarios (Meyer *et al.*, 2010: 298).

Las barreras lingüísticas se perciben en muchos países como un problema de transición cuya magnitud va disminuyendo conforme avanza el tiempo. Los autores también afirman que la comunicación en el ámbito médico-sanitario puede ser difícil incluso para los pacientes con trasfondo migratorio cuyas habilidades lingüísticas de la lengua del país de acogida son bastante buenas (Meyer *et al.*, 2010: 298). Por ejemplo, según Riesberg y Wörz (2008: 74), los pacientes inmigrantes suelen acudir directamente al hospital en casos en los que habría sido suficiente consultar al médico de familia. Además, según Borde (2002) los pacientes inmigrantes estaban menos satisfechos con la asistencia médica que acababan de recibir. Al parecer, los pacientes inmigrantes prefieren recibir asistencia comunicativa incluso cuando sus habilidades de la lengua les habrían permitido comunicarse con el médico

directamente sin la ayuda del intérprete.

Bischoff y Loutan (2004) llevaron a cabo entrevistas en 244 hospitales de Suiza. Se ha observado que en un 78 % de las clínicas se recurría frecuentemente a los miembros de la familia de los pacientes para que desempeñaran la función del intérprete con el objetivo de «facilitar» la interacción médico-paciente. Pöchhacker (2000a, 2000b) entrevistó a 508 empleados de 12 hospitales en Viena. La mayoría de los entrevistados (un 59 % para ser más exactos) afirmaron que a menudo (en el 45 % de los casos), o casi siempre (en un 14 % de los casos) los miembros de familia o amigos traducirían para los pacientes con competencia limitada en alemán, aunque sus competencias interpretativas eran generalmente deficientes. Las personas entrevistadas indicaron que los intérpretes de la familia no lograban comprender los términos técnicos, tenían conocimientos médico-científicos insuficientes o se interponían en la comunicación hablando por los mismos pacientes. Los estudios realizados en Suiza y Austria muestran claramente que los miembros de familia siguen desempeñando las funciones de intérprete *ad hoc* a pesar de que los empleados institucionales no se fían de sus habilidades de interpretación. Según Baker *et al.* (1998) y Bonacruz-Kazzi y Cooper (2003), la misma paradoja existe también en los Estados Unidos: es obvio que la calidad de las interpretaciones realizadas por intérpretes *ad hoc* es muy baja; sin embargo, frecuentemente se siguen utilizando los miembros de la familia del paciente para interpretar.

Según Meyer *et al.* (2010: 298-301), se considera que los costes del servicio de traducción e interpretación profesional representan otro obstáculo. Así, parece que el uso de los miembros de familia como intérpretes *ad hoc* ahorra tiempo y costes. Por otra parte, los pacientes con competencia limitada de la lengua del país de acogida ya saben que los hospitales no están preparados para tratar problemas lingüísticos y, por tanto, llevan a la consulta a familiares bilingües o amigos. Sin embargo, de acuerdo con Meyer *et al.* (2010: 301), la percepción de los miembros de familia como una solución barata es completamente errónea. Bernstein *et al.* (2002) mostraron que el uso de los intérpretes formados puede reducir los costes del tratamiento en el servicio de urgencias de los pacientes inmigrantes. Asimismo, Hampers y McNulty (2002) han constatado que los costes de las visitas al servicio de urgencias pediátricas incrementan cuando los intérpretes no profesionales asumen las funciones de interpretación. De esta manera, parece que los miembros de familia ahorran tiempo y costes solo a primera vista. Sin embargo, a pesar de esto, los médicos los perciben

como una buena opción para sortear el obstáculo comunicativo (Meyer *et al.*, 2010: 302).

Numerosos estudios que tratan el problema de la interpretación *ad hoc* están enfocados a la figura de los niños y adolescentes que asumen en múltiples ocasiones el papel del intérprete para sus respectivas familias y el impacto que produce la práctica de la interpretación médico-sanitaria en estos niños y jóvenes. Harris y Sherwood (1978) denominan a esta práctica «traducción natural» (*natural translation*) y Tse (1996) la define como «mediación lingüística» (*language brokering*). Esta práctica se ha examinado en numerosos estudios (Hanson y Morales, 2005) que abarcan diferentes medios y que incluyen el ámbito médico-sanitario. McQuillan y Tse (1995) informan de que la mediación lingüística incrementa la independencia y la madurez, aunque también puede ser causa de estrés y agobio. Dirim (2005) afirma que las competencias traductoras de los niños bilingües a menudo no se reconocen ni se fomentan. Orellana (2003), Weisskirch y Alva (2002) comunican que los niños perciben la traducción de una manera neutral y asumen la tarea de la traducción como «algo totalmente normal» o «algo que simplemente hacen». Green (2004), tras entrevistar a 76 jóvenes acerca de su labor de interpretación en el ámbito médico, concluyó que, por un lado, ellos se sentían orgullosos, pero, por otro lado, incómodos con la situación. La invisibilidad de la labor de la mediación lingüística por parte de los menores se debe muy probablemente a la situación desfavorable de los niños y un bajo estatus de los inmigrantes en la sociedad, que denota la percepción de su situación de inferioridad en comparación con la población nativa (Hall y Guéry, 2010: 29).

En cuanto a las consideraciones de la calidad de la interpretación, cabe destacar que Ebdén *et al.* analizaron en 1988 la dinámica de la comunicación en consultas médicas en las que los miembros de familia actuaban como intérpretes y la calidad de estas interpretaciones era pésima. En Cohen *et al.* (1999) la mayoría de los médicos afirmaron que los niños pueden interpretar en situaciones sencillas (los médicos distinguieron situaciones sencillas y complejas o delicadas); Orellana *et al.* (2003) también distinguen traducciones de la vida cotidiana y más especializadas. Hardt (1995: 174) menciona que los intérpretes *ad hoc* tienden a tener sus propias motivaciones o intenciones para cumplir un determinado fin en la consulta del médico. Orellana *et al.* (2003) utilizan el término *paráfrasis*, puesto que los intérpretes *ad hoc* hablan por los propios pacientes para cumplir su objetivo: interfieren en la comunicación persiguiendo sus propios intereses. Así, Valdés *et al.* (2003), Eksner y Orellana

(2005), Valenzuela (1999) indican que los niños que ejercen las funciones de mediador, por ejemplo, intentan proteger a sus padres u otros miembros de familia de la humillación o vergüenza creando una imagen mejorada de ellos (por ejemplo, siendo más educados). En 2005, Eksner y Orellana entrevistaron a adolescentes que interpretaban para sus padres y descubrieron que estos adolescentes actúan como defensores de sus padres (*advocates*).

Por tanto, según Meyer *et al.* (2010: 307-309), parece que estos intérpretes *ad hoc* son participantes activos de la comunicación. Meyer *et al.* (2010: 309) afirman que los médicos a menudo se dirigen y hablaban directamente con el intérprete *ad hoc*, miembro de la familia del paciente, como si este fuera el interlocutor primario, para ahorrar el tiempo de consulta. Según Tse (1995), los mediadores lingüísticos marcan y subjetivizan el contenido y la naturaleza del mensaje que verbalizan y finalmente afectan las percepciones e influyen en la toma de decisiones del paciente (Meyer *et al.*, 2010: 315).

En otro estudio realizado por Green en 2002 y contextualizado en Londres se afirma que en muchas ocasiones las familias prefieren utilizar a algún miembro de la familia que tiene conocimientos básicos y comprende el problema más que a un intérprete profesional, incluso cuando este esté a su disposición (Green, 2002: 2). Pero el trabajo que realizan los menores para ayudar a sus familias y facilitar su acceso a los servicios médico-sanitarios es un elemento “irregular” de la sanidad que no está debidamente reconocido (Green, 2002: 4). En muchos casos, este trabajo se percibió como un problema que simplemente refleja y destaca las deficiencias en los servicios formales (Green, 2002: 4).

El desconocimiento del vocabulario en la lengua materna podría ser un problema, especialmente en caso de términos médicos. Según Green (2002: 18), esto podría ocurrir porque los menores nunca aprendieron la terminología médica, o en ocasiones porque un determinado término médico no tiene equivalente en su lengua materna. Muchos menores tienen vocabulario inglés limitado. Según Duff (1996) y Hillier y Rahman (1996), desde la perspectiva de los proveedores de servicios los jóvenes pueden carecer de habilidades o sofisticación lingüística para interpretar de un modo adecuado y está claro que existen potenciales problemas de confidencialidad en áreas tan sensibles como la maternidad y los servicios psiquiátricos. En los estudios anteriores de Cohen (1999) existe una amenaza potencial a la inocencia de la infancia. Free (1999) habla de los problemas causados por habilidades lingüísticas insuficientes y HEA (1994) menciona las inhibiciones a la hora de

abordar temas delicados. Algunas desventajas para los jóvenes son las faltas de asistencia a la escuela y a otras actividades, así como la vergüenza que sienten a la hora de interpretar información muy personal (Green, 2002: 5).

Los padres no consiguen darse cuenta de lo difícil y en ocasiones prácticamente imposible que es interpretar en casos cuando el menor no sabe nada sobre el ámbito ni la materia de la que se trata y las personas entrevistadas en el estudio de Guske (2010: 329-335) recuerdan que sus padres les criticaban por cada pequeño error que cometían, o por no traducir literalmente.

Todos estos factores, según James y Prount (1997: 141) aceleraron el proceso de maduración e incrementaron la «edad social» (*social age*) del menor. A estas personas se les negó el derecho de ser niños (Guske, 2010: 355). Burton (2002) habla sobre los conocimientos que no les corresponden a los niños y que aceleran su «adultificación».

En la actualidad se observa un interés creciente por el papel activo que los menores y los jóvenes juegan en un ámbito de socialización tan importante como el ámbito médico-sanitario (Mayall, 1998) lo que supone un abandono de la percepción de los menores como «proyectos pasivos de socialización» (*passive socialisation project*) y el comienzo de la percepción del trabajo que realizan como «agentes sociales activos» (*active social agents*) (James y Prout, 1990).

3.3.3. La interpretación médica no profesional llevada a cabo por voluntarios

El estudio de Aguilar-Solano (2015: 133) aborda el trabajo de los voluntarios que asumen el papel de intérpretes en una institución médica de la Costa del Sol, España. Los cometidos que adoptan estos voluntarios de las organizaciones no gubernamentales orientadas hacia los inmigrantes se consideran cada vez más como una opción válida para llenar el vacío en la comunicación intercultural en el ámbito médico-sanitario en países como Italia y España, donde se fomenta el papel del intérprete como agente cultural y mediador intercultural (Pöchhacker, 2008). Los investigadores que llevan a cabo estos estudios generalmente señalan la falta de formación profesional, la incapacidad de realizar interpretaciones y la falta de concienciación en cuanto a confidencialidad médica, imparcialidad y neutralidad, y enfatizan las consecuencias negativas de los servicios prestados por intérpretes no profesionales (Aguilar-Solano, 2015: 133).

Los voluntarios mencionaron las diferentes funciones que asumen mientras trabajan como intérpretes, como por ejemplo, cuidadores y defensores del paciente. Su autopercepción como intérpretes y las diferentes funciones que asumen como voluntarios son resultado de su falta de formación profesional, así como también del vacío en los servicios de atención al paciente, que a su vez son el resultado de la estructura del sistema sanitario español, que depende en gran medida de los familiares, de los que se espera que faciliten el cuidado del paciente (Fuertes y Martín Laso, 2006). Por lo tanto, se espera que los voluntarios lleven a cabo tareas adicionales de las que normalmente se encargan los familiares, los administradores y los trabajadores sociales (Aguilar-Solano, 2015: 140).

La visión del intérprete como un agente neutral e imparcial constituye desde hace tiempo el arquetipo que ha estado buscando la profesión de intérprete en los servicios públicos. El rol del intérprete en los servicios públicos como cuidador y defensor del paciente había sido debatido por la academia y criticado por las instituciones profesionales debido a las repercusiones que esta posición puede tener desde el punto de vista de estas instituciones y sus miembros (Hsieh, 2013).

Angelelli (2015: 62-63) indica que los voluntarios que trabajan para las organizaciones no gubernamentales realizan tanto traducciones como interpretaciones. Además, indica que «La selección y la formación de los voluntarios se basa en un criterio mínimo: si tú hablas la

lengua y quieres ser voluntario, puedes venir. Nada profesional» (Angelelli, 2015: 62-63).

A esto me gustaría añadir que en enero de 2017 se publicó un artículo sobre una voluntaria británica, Candida Wright, galardonada por la primera ministra británica, Theresa May, con el premio Point of Light. «Wright lleva 30 años como voluntaria de la organización Help Denia & Marina Alta y ejerciendo de intérprete en el Hospital de Denia (hay que recordar que en la provincia de Alicante residen más de 80 000 ciudadanos británicos)». Como se puede comprobar en este artículo, la persona que recibió el premio no es profesional en traducción e interpretación; sin embargo, como bien describe Angelelli (2015: 62-63), desempeña las funciones de intérprete sin tener una formación adecuada para ello.

3.4. Correlación entre el concepto de la calidad, la relación coste-beneficio y la satisfacción del paciente

En este apartado procederé a analizar los estudios cuyos resultados establecen una interrelación entre varios conceptos clave en la asistencia lingüística en el ámbito médico-sanitario: el concepto de calidad de la interpretación, la relación coste-beneficio respecto a la duración de la consulta, el coste que encierra la contratación de intérpretes profesionales, el coste que comprende la utilización de intérpretes *ad hoc* y los índices de la satisfacción de los pacientes relacionados con los factores mencionados.

Las pruebas aportadas por varios estudios de investigación demuestran que es menos probable que los pacientes que solo hablan la lengua de su país de origen obtengan citas de revisiones periódicas de seguimiento (Sarver y Baker, 2000), es menos probable que vuelvan a consultas de seguimiento (Pitkin y Baker, 2000) y es menos probable que cumplan las prescripciones del médico (David y Rhee, 1998). Los pacientes que no manejan la lengua del país de acogida tienen más riesgo de complicaciones causadas por el uso inapropiado de los medicamentos (Gandhi *et al.*, 2000). Según los estudios realizados por Rivadeneyra, Elderkin-Thompson, Silver y Waitzkin (2000) los pacientes de este perfil hicieron menos comentarios acerca de su problema de salud que los hablantes nativos de inglés y era más probable que sus comentarios fueran ignorados por parte del médico, lo que podía resultar un riesgo de obtener peores resultados clínicos. Los casos de los pacientes con barreras lingüísticas denotan una mayor tendencia hacia la utilización de pruebas diagnósticas (Hampers, Cha, Gutglass, Binns y Krug, 1999), una menor adopción de medidas preventivas como exámenes de mama (Woloshin, Schwartz, Katz y Welch, 1997) y citologías vaginales (Jacobs, Karavolos, Rathouz, Ferris y Powell, 2005), así como una menor frecuencia de monitorización propia o autovigilancia de los niveles de la glucosa en la sangre (Karter, Ferrara, Darbinian, Ackerson y Selby, 2000). Los pacientes que se comunicaban a través de un intérprete *ad hoc*, o los que no disponían de intérprete en situaciones cuando lo creían necesario, estaban menos satisfechos con la interrelación proveedor-paciente (Baker, Hayes y Fortier, 1998).

En otro estudio similar, los pacientes que no dominaban la lengua del país de acogida y estaban acompañados de un intérprete *ad hoc* estaban considerablemente menos satisfechos

con la visita al médico que los pacientes cuya lengua coincidía con la del médico (Lee, Batal, Maselli y Kutner, 2002). Otro estudio similar realizado en un centro de atención primaria llevó a la misma conclusión (David y Rhee, 1998). Los pacientes estaban mucho más satisfechos con intérpretes médicos profesionales (Flores, 2005). Un proyecto puso de manifiesto pruebas de que el uso de los servicios clínicos y la utilización de las pruebas preventivas por parte de los pacientes que no hablaban la lengua del país de acogida aumentaron considerablemente después de la incorporación de los intérpretes (Jacobs, Lauderdale, Meltzer, Shorey, Levinson y Thisted, 2001).

En los estudios de Bischoff (2006: 177-181) y Bischoff y Loutan (1998, 1999, 2000), se han desarrollado varias herramientas para los cursos de formación de los médicos, que nunca habían recibido formación acerca de cómo trabajar con intérpretes. Bischoff (2006: 183-184) afirma que la comunicación entre los médicos de centros de asistencia primaria y los pacientes que solo hablan la lengua de su país de origen se puede mejorar mediante dichos cursos de formación. De hecho, tras la realización de un curso de formación de estas características, los pacientes extranjeros notaron más respeto por parte del médico y mejor comunicación durante la consulta en general. Esta mejora se debe a una mayor facilidad de cooperar con los intérpretes y un enfoque centrado en el paciente con énfasis en la perspectiva y toma de decisiones (Bischoff, 2006: 184).

Los hallazgos de los diferentes estudios muestran una insatisfacción en relación con el uso de los intérpretes *ad hoc* (Flores *et al.*, 2003; Lee *et al.*, 2002; Ngo-Metzger *et al.*, 2003; Kuo y Fagan, 1999). Estos hallazgos corresponden con un estudio reciente que demuestra que la calidad de la interpretación desempeña un papel crucial en la percepción de la atención médica por parte de los pacientes (Green, Ngo-Metzger, Legedza, Massagli, Phillips e Iezzoni, 2005: 1055). Según Bischoff (2006: 185), los cambios en la calidad de la comunicación mediada por intérpretes, tal y como indican los propios pacientes, se pueden supervisar y pueden afectar a la calidad de la asistencia médico-sanitaria.

Por lo que respecta a los costes del servicio de interpretación médico-sanitaria, los resultados del estudio de Wang (2016), demuestran que los intérpretes profesionales presenciales pueden garantizar una mejor calidad de interpretación y asegurar un mayor compromiso y participación por parte del paciente que los intérpretes *ad hoc*. Por ello, los intérpretes profesionales obtienen los índices de satisfacción más elevados en los comentarios

proporcionados por los pacientes (Nápoles *et al.*, 2010: 310).

Pueden surgir consecuencias médicas adversas debido a distintos factores, uno de los cuales puede ser la incapacidad de proporcionar instrucciones médicas correctas a los pacientes con competencia lingüística del inglés limitada (Wang, 2016: 250). Si el intérprete malinterpreta o tergiversa el mensaje de uno de los interlocutores, su equivocación puede dar lugar a consecuencias graves en la clínica del paciente y también al incremento en los gastos hospitalarios (Flores *et al.*, 2003: 7). De los 396 errores de interpretación que los intérpretes cometen en un centro de asistencia médica, existe un 77 % de probabilidades de que los errores de los intérpretes *ad hoc* acarreen potenciales consecuencias clínicas, mientras que solo un 53 % de errores que cometen los intérpretes profesionales internos pueden causar potenciales consecuencias clínicas, que van a acarrear un significativo detrimento de gastos hospitalarios y de los índices de satisfacción de los pacientes (Wang, 2016: 250). Los proveedores bilingües y los miembros de familia de los pacientes llevan a cabo actividades de interpretación *ad hoc* durante las consultas médicas con demasiada frecuencia debido a la conveniencia respecto a los costes nulos y la disponibilidad inmediata (Carrasquillo *et al.*, 1999: 86).

Parker y sus colaboradores (1996: 785) llevaron a cabo un estudio en el que llegaron a entrevistar a 767 pacientes anglo e hispanohablantes. Concluyeron que es más probable que los médicos (22 %) o el personal de enfermería (28 %) asuman las funciones de intérprete *ad hoc* en el departamento de urgencias para los pacientes cuyas competencias del inglés son limitadas que los propios intérpretes profesionales (12 %). Este estudio demuestra que existe una cierta tendencia a la preferencia de utilización de los intérpretes *ad hoc* por parte de los pacientes cuyas competencias en inglés son limitadas para facilitar su interacción con los proveedores. Estos intérpretes *ad hoc* suelen ser miembros de la familia e incluso los propios proveedores que actúan de intérpretes (Wang, 2016: 251). Más de un 50 % de los pacientes que utilizan los servicios de un intérprete profesional indican que su habilidad de comprender las instrucciones del alta que les da el médico varía entre buena y excelente (Wang, 2016: 252). Según la autora, en un cuestionario llevado a cabo por Lindholm y sus colaboradores (2012: 1296) se ha indicado que un 24 % de los 3 071 pacientes con competencia lingüística limitada en inglés se quedaron en el hospital durante más de seis días. Se ha demostrado que la utilización de intérpretes profesionales en el sistema sanitario puede ayudar a reducir la

duración de esta estancia en casi un día (Jacobs *et al.*, 2007: 308-309).

Cabe destacar que es más probable que a los pacientes con una competencia lingüística del inglés limitada les realicen pruebas diagnósticas en el servicio de urgencias (Nápoles *et al.*, 2010: 301). Se ha atestiguado que el desempeño de las funciones de interpretación no profesional de los intérpretes *ad hoc* en el proceso comunicativo entre los proveedores y los pacientes puede dar lugar a un diagnóstico equivocado, a numerosos errores médicos y ser causa de problemas económicos por demandas y juicios. En un caso muy famoso la malinterpretación catastrófica del personal sanitario del término *intoxicado* conllevó un tratamiento médico inadecuado que provocó que el paciente llegara a ser tetrapléjico. El paciente y su familia decidieron demandar al hospital y les compensaron con 71 millones de dólares. Toda esta situación de la mala praxis médica fue directamente causada por la malinterpretación (Harsham, 1984: 289-292). Así, el objetivo de reducir gastos se puede alcanzar si se evitan errores significativos y rehospitalizaciones innecesarias (Wang, 2016: 255).

Por último, pero no por ello menos importante, revisaré cómo la interpretación influye en la duración de una consulta médica. Según Fagan *et al.* (2003: 634) en un centro médico estadounidense la interpretación telefónica y la interpretación provista por los acompañantes del paciente se asocia con visitas más prolongadas. Sin embargo, no se percibe el mismo efecto con los intérpretes del hospital.

Los resultados de este estudio corresponden con los resultados de un trabajo previo llevado a cabo por Tocher y Larson (1999, 303-309), quienes afirman que no hubo diferencias en el tiempo medio entre las visitas mediadas por los intérpretes y las visitas sin la asistencia del intérprete.

Por otro lado, Angelelli afirma que los médicos se quejan de que el proceso de interpretación incrementa el promedio de duración de la consulta debido a la presencia física o virtual del intérprete. No obstante, los intérpretes afirman que una consulta «bilingüe» que hubiera durado 30 minutos si los doctores hubieran intentado apanárselas mediante sus limitados conocimientos de inglés, o los del paciente, dura solo 10-15 minutos gracias a la labor del intérprete (Angelelli, 2015: 62-63).

3.5. Los errores de interpretación y su influencia en la comunicación

En el presente apartado se describen los distintos tipos de errores de interpretación que pueden cometer tanto los intérpretes *ad hoc* como los intérpretes profesionales y su trascendencia en la clínica del paciente y en la reputación del facultativo. Cabe destacar que he encontrado numerosos estudios que abordan la problemática de los errores de interpretación. He seleccionado los que presentaban los resultados más significativos para los objetivos del presente trabajo de fin de máster.

Los participantes del estudio realizado por Tellechea Sánchez (2005: 116-120) afirmaron que el intérprete *ad hoc*, «solo hace resúmenes», «no dice todo», «no facilita [la comunicación]», «interviene con su propia opinión personal», «mantiene conversaciones aparte, que no traduce, con el proveedor o con el paciente», «hace una selección arbitraria de la información». Según Tellechea Sánchez (2005: 116-120) estos intérpretes *ad hoc* (personal de limpieza «que no hablaba muy bien inglés», asistentes sociales, hermanos o cuñados) transgredían los principios éticos de la profesión: imparcialidad, confidencialidad, fidelidad, distancia profesional, etc.

Albl-Mikasa *et al.* (2015), exponen cómo los intérpretes fallan en la transmisión de las «atenuaciones retóricas» (Oliver del Olmo, 2004) y las expresiones fáticas utilizadas por los médicos deliberadamente como elementos extra-lingüísticos para establecer un vínculo y un entendimiento con el paciente, que a su vez constituye la base del respeto y de la voluntad y la disposición del paciente a sincerarse y cooperar con el profesional de la salud, esfuerzo sin el cual no se puede asegurar un diagnóstico acertado y un tratamiento eficaz. La atenuación retórica transmite la sensación de que el médico no sea omnisciente, puntualiza un carácter más sugerente que instructivo de sus palabras y enfatiza el hecho de que es el paciente quien tiene la última palabra en el asunto (Albl-Mikasa, *et al.*, 2015: 82). Los resultados muestran que los intérpretes no transmitieron este uso deliberado de atenuación retórica utilizado por los profesionales de la salud.

Albl-Mikasa *et al.* verbalizan un aspecto que no he encontrado en ningún otro estudio: desde la perspectiva del médico, se considera importante comunicar al paciente la posibilidad de que el tratamiento fracase, de manera que el paciente pueda comprender y aceptar la situación y encontrar la manera de asimilar el problema y enfrentarse a él. También le permite

al profesional médico incorporar cierta protección jurídica (Albl-Mikasa *et al.*, 2015: 84). Así, los autores hacen hincapié en lo importante que es transmitir cada matiz y no ceñirse estrictamente al contenido informativo.

Por otro lado se ha observado por parte de los intérpretes un alto índice de desviaciones como omisiones, adiciones, interpretaciones ambiguas, poco claras, imprecisas, o también cambios constantes de perspectiva entre la primera y la tercera persona y entre un modo formal e informal. Esto suscita interrogantes en cuanto al nivel de formación y a la experiencia de los intérpretes (Albl-Mikasa *et al.*, 2015: 78).

Dubslaff y Martinsen (2005) afirman que los intérpretes que fueron analizados en su estudio cambiaban el pronombre indefinido *one*, con el que los médicos se referían a cualquier persona que puede sufrir los efectos adversos por la segunda persona del singular *you*, personalizando de esta manera el discurso del médico (Tebble, 1999). Un intérprete le hizo al médico repetir y explicar la información en numerosas ocasiones, puesto que sus conocimientos de las lenguas que interpretaba resultaban ser insuficientes. Muchas veces el intérprete no comprendía al médico, por lo que omitía información en su interpretación. Cabe destacar que en las interpretaciones de estos intérpretes predominaba el estilo indirecto (Dubslaff y Martinsen, 2005: 53-54 y 72).

De esta manera, los principales problemas de traducción eran la omisión y la sustitución de la información por parte del intérprete (sustitución de *riesgo de la enfermedad cardiovascular* por *enfermedad cardíaca*). El paciente se dio cuenta de que el intérprete proporcionó una interpretación reducida omitiendo el término *vascular* que compone el término utilizado por el médico *cardiovascular* (*kar-sygdomme* en danés). En ocasiones, el intérprete actuaba como el receptor meta en lugar de realizar la traducción de la información que había proporcionado del médico. El comportamiento del intérprete denotaba el desconocimiento del propósito comunicativo del médico (Dubslaff y Martinsen, 2005: 65).

En el estudio realizado por Jackson *et al.*, (2010) se concluyó que un 31 % de todas las interpretaciones durante las consulta de revisión contenían alguna alteración. Solo el 5 % de las alteraciones eran significativas desde el punto de vista clínico: el 1 % influían en el proceso comunicativo de manera positiva y el 4 % de manera negativa (Jackson *et al.*, 2010: 259). En este estudio participaron 16 intérpretes de plantilla con al menos cinco años de

experiencia. Como condición para su contratación, todos los intérpretes habían pasado las evaluaciones orales y escritas en su lengua de llegada llevadas a cabo por el departamento de servicios sanitarios y sociales del Estado de Washington y recibieron un curso de formación profesional en interpretación de 40 horas.

Se han definido cuatro categorías de alteraciones, de las cuales las eliminaciones constituían de un 10 % a un 20 % y eran las alteraciones más comunes, como también apunta Flores *et al.* (2003). Las editorializaciones era la alteraciones menos comunes, aproximadamente el 2 % de las interpretaciones (Jackson *et al.*, 2010: 261).

Según Jackson (2010: 251), un estudio llevado a cabo anteriormente en el mismo centro médico indicó que los cambios clínicamente significativos constituyen un 78 % de todas las alteraciones de interpretación durante las reuniones en la unidad de cuidados intensivos entre los médicos y los familiares de los pacientes ingresados.

Angelelli (2012) destaca que es esencial entender claramente la definición, la percepción, la expresión y la comunicación del «dolor» a través de la perspectiva cultural si el proveedor del servicio médico-sanitario quiere adoptar las medidas terapéuticas de una manera culturalmente sensitiva (Davidhizar y Giger, 2004). Angelelli (2012: 264) confirma que los pacientes y los proveedores en ocasiones no comparten el mismo entendimiento o construcción del concepto de dolor. Se ha visto que la utilización de la escala de dolor de uno a diez (*one-to-ten scale*) para evaluar su intensidad acarrea problemas en diferentes contextos culturales como, por ejemplo, falta de comprensión común de los valores numéricos. Estos problemas pueden llegar a ser evaluaciones inexactas o equivocadas sobre las que el médico tomará su decisión. Los intérpretes se tienen que esforzar para interpretar la escala del dolor de los pacientes, para que se vea que los pacientes no están acostumbrados a ello y que es necesaria la mediación intercultural para lograr un entendimiento mutuo (Angelelli, 2012: 254, 264-265). Según Prince (1986), los proveedores y los pacientes no tienen el mismo poder en las conversaciones sobre el dolor: se ha observado que los proveedores hacen la mayor parte de las preguntas y los pacientes se limitan a responder.

En otro estudio de Angelelli (2011a) se analizan las transcripciones de una conversación típica entre el paciente y el proveedor médico sobre las enfermedades crónicas y la historia clínica desde la perspectiva del análisis crítico del discurso examinando las

diferencias de poder (*power differentials*) entre los interlocutores y el papel que juega el intérprete (Angelelli, 2011^a: 231).

A partir de las transcripciones obtenidas se puede observar que la enfermera no formula una pregunta completa para que el intérprete se la transmita al paciente; en cambio, le pide al intérprete que plantee una serie de preguntas para obtener la información necesaria. El intérprete actúa de acuerdo con la petición y adopta una serie de estrategias que, por consiguiente, se traducen en un cambio de *status quo* durante la entrevista se observa que ha habido un cambio de control que pasa de la enfermera al intérprete. La enfermera no duda en traspasar el control de la entrevista médica al intérprete cuando le pide que formule una serie de preguntas al paciente sobre las enfermedades crónicas. El intérprete no le comenta a la enfermera que, de acuerdo con el código ético y las normas de la profesión, estas no son las funciones del intérprete; en cambio, él acepta seguir las instrucciones de la enfermera. El intérprete pone algunos ejemplos de enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión arterial, enfermedades del corazón, de hígado, de los riñones y del estómago (Angelelli, 2012: 239-240).

Cabe destacar que la enfermera habla con el intérprete sobre el paciente en lugar de hablar directamente con el paciente con la ayuda del intérprete o a través del intérprete. El intérprete transmite la información al paciente en la ausencia de la enfermera y utiliza un registro más bajo que el proveedor, investiga las respuestas del paciente completando la pregunta con ejemplos, resume y amplía las afirmaciones del paciente y actúa de mediador intercultural. El intérprete aplica las estrategias anteriormente mencionadas sin orientación específica, siguiendo la indicación de la enfermera («Pregúntale sobre las enfermedades crónicas y todo eso»). El intérprete está convencido de que sus funciones son mediar en las preguntas de manera que el paciente entienda, como también preguntar hasta obtener la información necesaria para contestar la pregunta (Angelelli, 2012: 243).

En el estudio de Nápoles *et al.* (2015) también se aborda la problemática de los errores de interpretación y su trascendencia. Constatan que de los 27 errores de interpretación como promedio por visita: las omisiones constituyeron un 65 % del total, seguidas de las respuestas proporcionadas por parte del intérprete sin haberlas confirmado con el paciente o el médico y las sustituciones (12 %). En general, un 7,1 % de los errores cometidos fueron calificados como relevantes clínicamente, sobre todo los errores de sustitución y adición. Un ejemplo de

error clínicamente relevante es aquel en que el paciente indicó en español: «Sí, noto dificultad para respirar. No tengo dolor de pecho, pero lo que pasa es que siento como si no pudiera respirar. No puedo correr, no puedo caminar deprisa porque tengo la sensación de no poder respirar». El intérprete transmitió lo siguiente: «Tiene dolor de pecho, pero no puede correr o caminar deprisa porque le cuesta respirar». Otro ejemplo de error de interpretación de mayor trascendencia es el siguiente, el médico indicó: «Y esto es Tylenol extrafuerte. Aquí pone que ella puede tomar 2 pastillas para el dolor cada 6 horas». El intérprete transmitió lo siguiente (en español): «Y esto es Tylenol, es más fuerte, usted puede tomar 2 pastillas cada 4 horas para el dolor», dosis que podría llegar a ser de 6 g al día de acetaminofeno, a pesar de que en la posología se advierte de que no se deben administrar más de 6 comprimidos en 24 h (Nápoles, 2015: 7).

También me gustaría mencionar que Flores *et al.* (2003) llevaron a cabo un estudio sobre los errores en la interpretación médica y sus potenciales consecuencias clínicas en las consultas pediátricas en los EEUU. Los intérpretes médicos profesionales asistieron a seis consultas, los intérpretes *ad hoc* (incluyendo enfermeras, los trabajadores sociales y un hermano de 11 años de edad) asistieron a las demás consultas. Se han identificado 396 errores de interpretación, con una media de 31 por cada consulta. El tipo de error más común era la omisión (52 %), seguido de falsa fluidez (16 %, la mayor parte de los errores de falsa fluidez que cometieron los intérpretes hospitalarios se relacionan con terminología médica), sustitución (13 %), editorialización (10 %) y adición (8 %). Un 63 % de todos los errores podían haber causado potenciales consecuencias clínicas, con una media de 19 por cada consulta. Era mucho más probable que los errores que cometieron los intérpretes *ad hoc* fueran la causa de potenciales consecuencias clínicas que los errores que cometieron los intérpretes hospitalarios (77 % y 53 %, respectivamente). Los errores que podían causar consecuencias clínicas eran los siguientes (Flores *et al.*, 2003: 6-10):

- Omisión de preguntas sobre las alergias formuladas por los médicos.
- Omisión de instrucciones acerca de la dosis, la frecuencia, la duración y el tipo de antibióticos y sales de rehidratación oral para el tratamiento de la gastroenteritis.
- Indicación de que una pomada de hidrocortisona tópica se debe aplicar al cuerpo entero, en lugar de los sitios afectados por la erupción cutánea.
- Instrucción a la madre para no contestar las preguntas personales.

- Omisión de que al niño ya le habían hecho un frotis para un cultivo rectal.
- Instrucción a la madre a poner amoxicilina en ambos oídos para tratar la otitis media.
- Omisión de información clave sobre la anamnesis del paciente; por ejemplo, la afirmación de la madre de que su hijo había estado hospitalizado al nacer por una infección renal.
- Omisión de información esencial acerca de la queja más importante y otros síntomas importantes.
- Instrucción a la madre a dar el antibiótico durante dos días en lugar de diez.
- Indicación a la madre para que le diera a su hijo fórmula infantil a base de soja en vez de transmitir que el médico le recomendaba solo darle pecho.
- Editorialización de la interpretación a su madre: el intérprete dice que no debe contestar preguntas personales del médico sobre las enfermedades de transmisión sexual y el uso de drogas.
- Omisión y sustitución de la descripción que da la madre sobre los síntomas en forma de comportamiento anormal de su hijo (Flores *et al.*, 2003: 6-10).

Más de la mitad de los errores cometidos por los intérpretes hospitalarios podían conllevar potenciales consecuencias clínicas. Estos hallazgos confirman la conclusión de que la mayoría de los intérpretes que desempeñan sus funciones en los hospitales no obtienen una formación suficiente en sus respectivas instituciones.

Me gustaría destacar que en una de las conversaciones entre el médico de la UCI y la familia del paciente, el intérprete omite una parte de la alegación del médico que suaviza el ambiente de confrontación y sirve para mejorar el entendimiento y la comunicación entre ambos interlocutores (Pham *et al.*, 2008: 109-116):

MD.: I don't know what else to say to you. I mean, I told you yesterday that he's essentially brain dead. I don't know what you expected from that. I also said yesterday that there's no recovery from this.

DR.: «No sé qué más decirle, me refiero, le dije ayer que básicamente se trata de una muerte cerebral. No sé qué pensaba que iba a pasar. También le dije ayer que los pacientes no se recuperan de esto».

Interpreter (translating): I told [you] that his brain was dead and it wasn't going to recover.

INTÉRPRETE (traduciendo): «Ya le dije que está en muerte cerebral y que no se iba a recuperar».

Las alteraciones que pueden repercutir en la transmisión de la información de manera negativa generalmente se asocian con cambios en la descripción de las enfermedades del paciente y su pronóstico. En el siguiente ejemplo se ve claramente cómo el intérprete menoscaba el significado de la información sobre el pronóstico que verbaliza el médico (Pham et al., 2008: 109-116):

MD.: I don't know. Um, this is a very rapidly progressing cancer.

DR.: «No lo sé. Es un cáncer que progresa muy rápidamente».

INTERPRETER (translating): He doesn't know because it starts gradually.

INTÉRPRETE (traduciendo): «No lo sabe, porque [la enfermedad] comienza gradualmente».

Las adulteraciones del mensaje también pueden cambiar las decisiones sobre el tratamiento. En un caso, el médico estaba intentando dirigir y orientar la conversación sobre los conocimientos que tenía la familia acerca de las preferencias del paciente en relación con el tratamiento para poder tomar una decisión apropiada teniendo en cuenta la opinión del propio paciente. Sin embargo, el intérprete cambió la formulación de la pregunta haciendo hincapié en las percepciones de la enfermedad por parte del paciente en lugar de enfatizar sus preferencias en lo referente a los cuidados paliativos terminales. Esta interpretación pudo perjudicar la capacidad del equipo médico y de la familia de tomar una decisión de tratamiento basada en los deseos del propio paciente (Pham et al., 2008: 109-116).

Es importante señalar que en este trabajo no se incluyeron interpretaciones realizadas por los médicos, los miembros de familia de los pacientes y otros intérpretes *ad hoc*. Los autores del estudio sugieren que, antes de entrar en la consulta con el intérprete o antes de comenzar a informar a la familia de un paciente ingresado en la UCI, el médico y el intérprete deberían hablar sobre el enfoque de interpretación más adecuado para la situación (por ejemplo, traducción estrictamente lingüística o mediación intercultural), así como clarificar los temas que se van a abordar y la terminología que se utilizará.

3.6. La importancia de la interpretación profesional dentro del contexto del «Turismo de salud»

Patients beyond borders (Woodman, 2016) es una recopilación de artículos sobre las tendencias sociales y económicas asociadas al turismo de salud. Su autor proporciona información sobre distintos destinos del turismo sanitario y los hospitales con acreditación internacional y de categoría mundial que ofrecen un tratamiento accesible.

El 31 de julio de 2015, Woodman escribió para *Sun Journal* que: «los hospitales con mucho éxito disponen de lo fundamental en lo que se refiere a pacientes extranjeros: intérpretes, comidas típicas del país de origen del paciente y sensibilidad cultural».

El mercado del turismo sanitario está creciendo, puesto que la población global relativamente bien acomodada envejece a un ritmo que supera la disponibilidad de recursos de asistencia sanitaria de calidad. Además, se siguen aumentando los gastos adicionales en procedimientos médicos críticos y electivos, mientras los países que ofrecen una asistencia sanitaria universal se enfrentan a una carga de recursos cada vez mayor. Estos son los desencadenantes que obligan a los pacientes a buscar las opciones de asistencia sanitaria transfronteriza para ahorrar o bien para evitar largas listas de espera para el tratamiento. Calculamos que el mercado del turismo de salud mundial crece a un índice de un 15-25 % (Woodman, 2015). En cuanto a la acreditación internacional que garantiza el cumplimiento de los estándares de calidad, se convirtió en uno de los desencadenantes más importantes del crecimiento del mercado de turismo sanitario.

Resulta interesante que muchos hospitales privados de la Costa Blanca cumplen los requisitos para obtener certificados de acreditación internacionales en el ámbito de la medicina (como los de la ISO o la Joint Commission entre otros), pero descuidan la importancia de la calidad de la interpretación y las normas sugeridas por las mismas organizaciones (véase apartado 2.2.) a pesar de que en algunas de estas clínicas (cuyo nombre no se revelará por cuestiones de confidencialidad y anonimato) el porcentaje de pacientes extranjeros supera un 80 %.

Angelelli indica que el sector privado nacional «estaría muy interesado en la exploración del potencial que ofrece la directiva y el turismo médico». Ellos combinarían la

asistencia médica y las características climatológicas de la zona en una fórmula atractiva, especialmente si la comunicación no se percibe como un factor disuasorio. Resulta interesante que en las clínicas privadas visitadas hubiera personal bilingüe e intérpretes profesionales, puesto que se reconoce la importancia de la comunicación con los pacientes en su propio idioma. (Angelelli, 2015: 35).

3.7. El papel del intérprete médico en la observancia del derecho a la información del paciente: el consentimiento informado

En un estudio llevado a cabo en EEUU en 2007, Schenker *et al.* abordan un problema de gran relevancia: la traducción a la vista del consentimiento informado, un documento cuya comprensión por parte del paciente es esencial desde la perspectiva legal y ética, puesto que se trata de un documento que el paciente debe firmar si está de acuerdo con que se le realicen procedimientos invasivos no urgentes (Schenker *et al.*, 2007: 294). A pesar de la disponibilidad de los servicios de interpretación presencial, es menos probable que los pacientes hospitalizados que no hablan inglés reciban el documento del consentimiento informado para los procedimientos invasivos comunes.

Hoy en día, la mayor parte de los pacientes y proveedores no tienen acceso a los servicios de interpretación profesional; no obstante, un conjunto de investigadores sugiere que los intérpretes pueden constituir un recurso lingüístico infrautilizado incluso cuando están a disposición de personas que los pueden necesitar (Schenker *et al.*, 2007: 294-297). A pesar de que las leyes federales y estatales en EEUU requieran que los proveedores utilicen intérpretes y modifiquen la política de sus centros de tal manera que se registre el uso del intérprete en la historia clínica del paciente, en la actualidad menos de una tercera parte de los pacientes con competencia lingüística limitada tienen registrada la implicación del intérprete en el proceso del consentimiento informado (Schenker *et al.*, 2007: 297).

El uso deficiente de los intérpretes puede estar al menos parcialmente relacionado con una formación inadecuada de los médicos acerca del uso del servicio de interpretación. En un estudio nacional reciente, el 35 % de los médicos indicaron que les dieron escasas o nulas instrucciones acerca de cómo prestar asistencia a través de un intérprete médico, y solo el 51 % indicaron que recibieron directrices acerca del derecho legal del paciente a la interpretación médica. Es muy problemático arreglárselas con un intérprete *ad hoc*, puesto que se utilizan términos complejos que requieren aptitudes lingüísticas de muy alto nivel (Schenker *et al.*, 2007: 297-298). Es común encontrar niveles de alfabetización muy bajos en los hospitales públicos, y se ha comprobado que este factor complica el proceso de explicación del consentimiento informado. Sin embargo, los proveedores tienen la obligación legal y ética de proporcionar el consentimiento informado a todos los pacientes, aunque

algunos casos requieran mucho tiempo (Schenker *et al.*, 2007: 298).

Según Angelelli, la traducción de los documentos *ad hoc* es la solución más común, tanto para los hospitales públicos como para los privados en España, Italia y Reino Unido. Las traducciones de los escritos normalmente las realiza el personal bilingüe. Los documentos más frecuentes son los consentimientos informados, las hojas de ingreso y el material informativo. Por otro lado, los intérpretes, tanto profesionales como *ad hoc*, indican que existe una gran variedad de información que se debe traducir a la vista: consentimientos informados, folletos informativos, historias clínicas de los pacientes y prescripciones (Angelelli, 2015: 46-47).

Angelelli también aborda el tema de los programas de traducción informática. Comenta que se ha observado que muchos centros médicos utilizan traducciones asistidas con herramientas CAT especialmente diseñadas para el ámbito hospitalario. Se informó que Google Translate también era una opción que las instituciones utilizan hasta cierto punto (Angelelli, 2015: 47-48).

3.8. La situación laboral de los intérpretes en España: intrusismo profesional y condiciones de contratación

Me gustaría comenzar este nuevo apartado citando a Angelelli (2015), quien aborda el tema de las condiciones de contratación en España y el papel que juega la lengua inglesa en el proceso de contratación del personal hospitalario, ya sea del equipo médico, administrativo, de admisión o de enfermería. En el estudio de Angelelli (2015: 61-63) se hace patente que uno de los criterios imprescindibles para la contratación de personal hospitalario es su presunto conocimiento del inglés. Angelelli lo describe como «comodín»; que parece solventar todos los problemas: «A los médicos y al personal de enfermería se les contrata porque entienden y hablan dos o tres lenguas [...]. Nos apañamos bien en inglés.» (Angelelli, 2015: 61-62). Según Niño Moral, parece ser que, en el caso de los hospitales privados o públicos de gestión privada en la zona de la Costa Blanca (Comunidad Valenciana), el requisito mínimo para poder inscribirse en la bolsa de trabajo es el conocimiento de la lengua inglesa o de otras lenguas. Parece que este criterio de selección no se puede aplicar en el caso los hospitales gestionados por la Conselleria de Sanitat, porque sería considerado como discriminatorio (Niño Moral, 2006: 1066).

Según Angelelli (2015: 61-62) cabe destacar que la mayoría de los empleados hospitalarios confirmó que utilizaba *Google Translate* para ayudarse en sus interacciones con pacientes cuando se comunicaban en inglés. Angelelli afirma que en los servicios públicos del área de Levante (Comunidad Valenciana) les comunicaron de que «la mayoría de los médicos que trabajan en los centros de atención primaria leen en inglés y hablan suficientemente bien para poder comunicarse con el paciente».

En cuanto al intrusismo profesional, según Angelelli (2015: 61-62), algunos hospitales y centros de salud cuentan con un servicio lingüístico interno no profesional, con traductores e intérpretes *in situ* que trabajan con distintas combinaciones lingüísticas, cuyas competencias lingüísticas y la capacidad de interpretar no se han evaluado, así como recepcionistas bilingües o multilingües y operadoras telefónicas. De esta manera, actualmente no se ha registrado la utilización de traductores cualificados en el ámbito de la medicina o la asistencia sanitaria (Angelelli, 2015: 61-65). Los informadores afirman que «este tipo de asistencia es opcional para el paciente y que cuando decide acerca de si solicitar la asistencia sanitaria

fuera de su país miembro, tendría que tener en cuenta la barrera lingüística» (Angelelli, 2015: 68-74).

Una estudiante que realizó prácticas de interpretación en el ámbito médico-sanitario en un hospital de la zona de Levante alegó que: «todos aquellos que realizan las funciones de traductores son personas sin formación específica», añadiendo que «para los traductores [profesionales] existe mercado en este ámbito, pero los salarios bajos que se pagan a los administrativos no son equiparables a lo que deberían pagar por un traductor con un título universitario» (Pellicer, 2016: 11).

En cuanto a las condiciones laborales, Angelelli aborda la problemática de la explotación de los intérpretes profesionales que observó durante la realización de su estudio en uno de los hospitales privados de la zona del Levante de la Comunidad Valenciana. Angelelli y su equipo estuvieron acompañando a un intérprete de plantilla durante una jornada completa en una clínica privada. El intérprete trabajó ininterrumpidamente sin parar en cinco lenguas. Este intérprete gana 1 200 euros al mes trabajando 8 horas al día. Angelelli y su equipo entrevistaron también al supervisor de dicha clínica. Basándose en las observaciones que obtuvieron, le preguntaron sobre el volumen de trabajo, las pausas, el cansancio, el estrés al que están sometidos los intérpretes, etc. Incluso cuando los administradores sabían perfectamente la sobrecarga de trabajo que tenían algunos de sus intérpretes, dieron la siguiente explicación: «para poder contratar intérpretes de plantilla, la clínica tiene que tener suficiente demanda para ello» (Angelelli, 2015: 74).

3.9. Situación de los servicios de interpretación en la Comunidad Valenciana

En esta parte del trabajo me centraré en los estudios sobre la situación actual de los servicios de la interpretación médico-sanitaria en la Comunidad Valenciana. Debo admitir que no he logrado encontrar mucho material al respecto, pero percibo un creciente interés por el tema de la interpretación sanitaria en esta comunidad.

En el trabajo de Moya Bataller (2016) se observa que el personal médico del hospital público Sant Francesc de Borja de Gandía, ubicado en una zona con un perfil poblacional de extranjeros muy elevado, ignora la importancia de trabajar con profesionales competentes que realizan interpretaciones de calidad. Por un lado, la mayoría de los participantes indican haber experimentado problemas de comunicación con los usuarios extranjeros, pero, por otro lado, una parte de los entrevistados no considera que los servicios de interpretación sean fundamentales para desempeñar su trabajo, hecho que denota un desconocimiento generalizado sobre la importancia de la interpretación. Los entrevistados alegan haber solucionado los problemas de comunicación mediante los gestos o «gracias a alguien que ha traído el propio usuario» (Moya, 2016: 21, 26).

En 2015 llevé a cabo diversas entrevistas de corte cualitativo a los médicos del centro privado de la Comunidad Valenciana en el que desempeñaba la labor de intérprete. Las dos preguntas principales trataban el tema de la percepción de la calidad por los profesionales de la salud que a diario utilizan los servicios de interpretación. Los resultados de las entrevistas anteriormente mencionadas demostraron que los médicos solo han trabajado con intérpretes no cualificados, sin formación específica en la traducción e interpretación en el ámbito médico-sanitario. Estas son las transcripciones de las respuestas más significativas que obtuve y que presenté en las IV Jornadas de Orientación de Grado en la UJI (Universitat Jaume I de Castelló):

1. ¿Qué cualidades cree que tiene que tener un intérprete?

- Amabilidad, empatía
- Capacidad de resumen

- Con o sin formación, pero tiene que ser profesional
- Conocer los dos idiomas con matices y expresiones habituales
- Conocimiento superficial de los conceptos/términos de la medicina
- Determinadas características humanas y un saber estar
- Discreción
- No transmitir excesivo nerviosismo y no enfadarse con el paciente
- Que tome notas para no fallar en la transmisión secuencial de las ideas
- Saber explicar lo que dice el médico con un lenguaje sencillo

2. ¿Cree que es necesario tener una formación para poder ejercer de intérprete?

- La forma de ser de la persona es más importante que la formación.
- Una formación se puede adquirir por carrera universitaria o por experiencia.
- Una formación especializada no es necesaria en la traducción al nivel en el que nosotros trabajamos.
- La mayor parte de los intérpretes que se usan aquí no conocen bien los idiomas; sin embargo, hacen su labor bien.
- Es necesaria la formación, pero yo no sé quién da esa formación. En algunos otros países hay centros donde acreditan a personas para la traducción sanitaria, pero aquí en España yo creo que no lo hay.

Según Niño Moral (2006) la falta de la delimitación del término «intérprete» conlleva la utilización de términos como *interpretación seguida* o *interpretación bisbiseada*, lo que denota y confirma el desconocimiento generalizado del término apropiado. Esta «confusión terminológica» respecto a la denominación correcta va seguida de «confusas ofertas de empleo dirigidas a traductores, filólogos o “similares”, a los que a veces como único requisito se les exige el bachillerato». Además «las tareas que se atribuyen al intérprete son transmisor de palabras, abogado, proveedor de información, consejero...» Niño Moral (2006: 1063).

En 2013 presenté un trabajo de fin de grado (Gavlovych, 2013: 18-19) en el que realicé una breve investigación sobre la percepción del intérprete y la aproximación a la imagen del intérprete en la sociedad. Entrevisté a 31 personas mediante un cuestionario muy breve dirigido al público general. Indicaré solamente las respuestas consistentes y las que tengan más relevancia para este trabajo. Obtuve los siguientes resultados:

- ¿Qué es el intérprete?

16 personas (50 %)	Lo saben
8 personas (28 %)	No lo saben o no contestan
7 personas (22 %)	Lo confunden con un actor o cantante

- ¿Cree que es necesario obtener una formación para ejercer de intérprete?

10 personas → 31 %	Sí
9 personas → 28 %	Consideran que solo hay que saber idiomas
12 personas → 41 %	<ul style="list-style-type: none"> • No lo saben o no contestan • Consideran que saber cuántos más idiomas mejor, dominar absolutamente dos o más lenguas, ser simpático y buena persona

De esta manera, podemos determinar que el rol del intérprete no está perfilado y hay un desconocimiento generalizado acerca de la formación, el rol, las funciones de debe desempeñar un intérprete y una confusión en la denominación.

En el anexo 1, los lectores del presente trabajo disponen de una captura de pantalla de la página web de un hospital privado de la Comunidad Valenciana, en la que se puede apreciar la ignorancia acerca de la distinción entre los términos *traductor* e *intérprete*, ya que a los intérpretes de plantilla de este centro se les llama traductores.

Otro problema muy importante que describe Martínez-Gómez (2007: 1049) es que las tareas de los intérpretes de plantilla «abarcen un campo mucho más amplio que el de la interpretación propiamente dicha, pues la atención al paciente extranjero no se limita a las interacciones de este con los proveedores del servicio».

Uno de los aspectos al que se le atribuye mucha importancia es el apoyo personal a los pacientes y a sus familias. Muchas de las personas entrevistadas manifestaron visitar a los pacientes ingresados al menos una vez al día. Me gustaría añadir como testimonio personal que, en el caso de algunas clínicas privadas, los intérpretes tienen que establecer el primer contacto con los pacientes, actuando por un lado como si fueran azafatas (término también utilizado por Angelelli (2015: 61): «azafatas» o «hostesses/ambassadors acting as language mediators in a hospital»), con un uniforme parecido al que llevan las azafatas de avión, y por

otro lado, como también comenta Gómez (2007: 1050), desempeñar las funciones de «cuasi-psicólogo».

Cabe añadir que si el paciente necesita una manta, un periódico, el mando de la televisión, la traducción a la vista del menú, si no encuentra un canal de televisión o si quiere saber cuándo vendrá el médico a visitarlo... tiene que recurrir a la ayuda del intérprete. Los intérpretes del mismo centro tenían que llevar los documentos del seguro a las habitaciones de los pacientes ingresados y explicarles para qué sirven; después de que el paciente hubiera rellenado los papeles, había que bajarlos a la recepción. Cabe destacar que en una de las clínicas privadas de la Costa Blanca decidieron organizar un curso de maquillaje de asistencia obligatoria para las intérpretes y el personal de recepción. Además, es obligatorio llevar zapatos de tacón a pesar de que las intérpretes están todo el día de pie caminando por la planta y las consultas externas.

Volviendo al estudio de Gómez, cabe destacar que «los intérpretes de plantilla cuentan con una formación muy diversa, que abarca tanto educación superior (diplomada en turismo, licenciado en matemáticas y solo una licenciada en traducción e interpretación) como media (bachillerato)» (Gómez, 2007: 1050).

En cuanto a la autopercepción y la autovaloración de la figura y la formación del intérprete médico-sanitario, los intérpretes encuestados opinan que la formación es «irrelevante», puesto que «el único modo de aprender es la experiencia profesional como intérprete sanitario» (Gómez, 2007: 1050-1051). Coincido completamente con la autora en que esta apreciación es fruto del «hecho de que ellos han sido autodidactas», puesto que «numerosos expertos consideran que, como en cualquier otro ámbito, la formación resulta imprescindible».

Según Niño Moral (2006: 1066-1067) «alguien puede pensar que con el tiempo todo se solucionará por sí solo porque los inmigrantes ya aprenden nuestra lengua y los extranjeros comunitarios que residen aquí, si no la aprenden es porque no lo necesitan», pero «la realidad de países tradicionalmente receptores de inmigración demuestra que las cosas no se solucionan por sí solas». Pero, «según señala Gómez Gil, las cifras de inmigrantes tienden a consolidarse y a aumentar, por lo que entendemos que la figura del intérprete seguirá siendo clave en el proceso de integración». Según Garber (1998) «no podemos olvidar que la

interpretación en los servicios públicos se caracteriza por surgir precisamente en una situación de crisis en la vida del usuario». Según Barclay (2002: 503), «esto significa que el individuo se encuentra probablemente en un estado de tensión emocional que va a obstaculizar su capacidad para expresarse en una lengua extranjera para él».

4. Conclusión

Soy consciente de que este trabajo es un primer acercamiento muy modesto a la compleja realidad de la interpretación en el ámbito médico en la Comunidad Valenciana. Como ya apunté en la introducción, este estudio solo pretende ser el primer paso de un trabajo empírico amplio que pretendo realizar como parte de mi tesis doctoral. En el apartado 1.5. he descrito algunas propuestas de futuro para ampliar este estudio realizando una aproximación de corte empírico.

A falta de realizar dicho estudio empírico de ampliación, la observación de la práctica profesional de la traducción e interpretación médica y la revisión de la legislación y la bibliografía que he presentado pone de manifiesto que las hipótesis planteadas en el apartado 1.3. quedan parcialmente confirmadas. Baso esta afirmación en el análisis de los datos empíricos obtenidos por diversos autores de trabajos sobre este tema y queda pendiente la confirmación empírica de estos datos para el territorio que pretendo estudiar: la Comunidad Valenciana.

Por lo que respecta a la primera hipótesis («En la práctica privada de la medicina en España, los derechos de los pacientes a una asistencia médica apropiada se ven vulnerados con mucha frecuencia por la falta de servicios de interpretación de calidad»), todos los trabajos consultados apuntan en esta dirección. En concreto, Angelelli (2015; 2011 y 2012), Martínez-Gómez Gómez (2007), Moya Bataller (2016), Aguilar Solano (2015) y Castillo García y Taibi (2005), además de todo el apartado 2.3 sobre la legislación que pone de manifiesto la desprotección del paciente frente a un servicio de interpretación deficiente.

La segunda hipótesis («Este hecho podría atribuirse a la falta de concienciación sobre la importancia de la calidad en la traducción e interpretación médico-sanitaria por parte del personal sanitario y la Administración. Esta falta de concienciación es debida, principalmente, a una percepción errónea de la figura y de las funciones que debe desempeñar el intérprete médico-sanitario y las cualificaciones que precisa para ello») se ve refrendada por los estudios empíricos realizados por Pellicer Vidal (2016), Wang (2016), Tellechea Sánchez (2005), Schenker *et al.* (2007) y Gavlovych (2013).

La tercera hipótesis («El desconocimiento del rol y las funciones que desempeña el intérprete en la comunicación interlingüística tiene como consecuencia la contratación de personas sin ningún tipo de formación previa en traducción e interpretación médica, que no han conceptualizado el término “calidad”, por lo que generan un producto deficiente e inaceptable según los estándares internacionales») queda parcialmente confirmada por los resultados de los estudios de Angelelli (2015; 2011, 2012), Pöchhacker y Kadric (1999), Niño Moral (2008), Nápoles *et al.* (2015), Moreno *et al.* (2015), Jackson *et al.* (2011), Guske (2009) y Green *et al.* (2005).

Por último, la cuarta hipótesis («Estos problemas están íntimamente ligados a la falta de legislación íntegra al respecto y el incumplimiento de las normas internacionales de calidad») se ve refrendada por el estudio empírico llevado a cabo por Angelelli (2015).

Este trabajo me ha demostrado que queda mucho por estudiar en este campo y con mi investigación pretendo contribuir a avanzar en esta línea. A modo de breve conclusión, me gustaría realizar una recapitulación de los puntos clave del presente trabajo.

Como se puede comprobar en muchos de los países cuyos estudios he revisado para mi trabajo de fin de máster, incluyendo España, no existe una delimitación clara entre los términos *intérprete*, *mediador intercultural* y *traductor*. Muchas personas confunden dichos términos o desconocen qué es un intérprete y cuál es la diferencia entre el *traductor* y el *intérprete*. La falta de delimitación de los términos que designan las disciplinas anteriormente mencionadas genera confusión y desconocimiento generalizado acerca de las funciones de cada una de ellas.

Además, la labor de la interpretación, la mediación intercultural y la traducción (al menos en el ámbito médico-sanitario) no están profesionalizadas, hecho que genera libre acceso a la profesión de personas no cualificadas sin ningún tipo de formación específica en traducción e interpretación médico-sanitaria. De este modo, los pacientes están desprotegidos frente al peligro de una interpretación deficiente, aunque ellos mismos no se den cuenta. De la misma manera que los médicos no son conscientes del peligro que corre su reputación si el intérprete *ad hoc* comete un error grave.

Considero que todos estos problemas derivan de una legislación deficiente que no prevé los problemas que pueden surgir a causa de una interpretación de calidad insuficiente.

De esta manera, los usuarios de los servicios de asistencia sanitaria no disponen de la misma calidad de servicios que las personas nativas, lo que genera desigualdad social y discriminación lingüística. Los intérpretes *ad hoc* (los voluntarios, los miembros de familia incluyendo menores, el personal sanitario y administrativo) no son conscientes de la trascendencia que tiene sus palabras cuando actúan como intérpretes *ad hoc*.

Existe también una grave falta de consideración y concienciación por parte de los empleadores privados y de la Administración pública ante las potenciales consecuencias negativas de las interpretaciones realizadas por personas no profesionales. Se observa que el objetivo principal de los proveedores de servicios sanitarios, ya sean públicos o privados, es la optimización de tiempo y el ahorro de costes. Constituye una discriminación grave que a todos los profesionales que actúan en los servicios sanitarios se les exija un título o acreditación y que no se actúe del mismo modo con los intérpretes, teniendo en cuenta la trascendencia de su labor en un ámbito que trata de la salud y la vida de personas que quedan completamente desprotegidas por parte de la legislación. Tampoco se puede esperar que la población extranjera afronte el reembolso de la contratación del servicio de interpretación de forma privada.

Referencias

- Aguilar Solano, M. (2015). Non-professional volunteer interpreting as an institutionalized practice in healthcare: a study on interpreters' personal narrative. *The International Journal for Translation and Interpreting*, 7(3), 132-148. Recuperado el 14 de enero de 2017, de <http://www.trans-int.org/index.php/transint/article/viewFile/422/213>
- Albl-Mikasa, M., Glatz, E., Hofer, G., y Sleptsova, M. (2015). Caution and compliance in medical encounters: Non-interpretation of hedges and phatic tokens. *The International Journal of Translation and Interpreting Research*, 7(3), 76-89. Recuperado el 22 de noviembre, de 2016 de <http://trans-int.org/index.php/transint/article/view/415/220>
- Angelelli, C. (2008). The role of the interpreter in the healthcare setting: A plea for a dialogue between research and practice. En C. Valero- Garcés y A. Martin (Eds.), *Crossing Borders in Community Interpreting* (pp. 147-164) Ámsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing.
- Angelelli, C. V. (2004). *Medical Interpreting and Cross-cultural Communications*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Angelelli, C. V. (2004). *Revisiting the Interpreter's Role: A Study of Conference, Court and Medical Interpreters in Canada, Mexico, and the United States*. Ámsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Angelelli, C. V. (2014). Interpreting in the Healthcare Setting: Access in Cross-Linguistic Communication. En W. Y. S. Chou, y E. Hamilton (Eds.), *The Routledge Handbook of Language and Health Communication* (pp. 573-584). Recuperado el 03 de noviembre de 2016, de https://books.google.es/books?id=xbPpAgAAQBAJ&pg=PA582&lpg=PA582&dq=Angelelli+interpreters+ad+hoc&source=bl&ots=2mnrWX_USd&sig=vNDvS1CwupN2sZLS46BYLNQpjRs&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjDlurt-PjRAhUDnRoKHRNMBLsQ6AEIRTAG#v=onepage&q=Angelelli%20interpreters%20ad%20hoc&f=false
- Angelelli, C. V., y Comisión Europea, Dirección General de Traducción. (2015). *Studies on translation and Multilingualism. Public service translation in cross-border healthcare—summary*. Ciudad de Luxemburgo: Publications Office of the European Union.

- Angelelli, C. V. (2011). Can you ask her about chronic illnesses, diabetes and all that? En C. Alvstad, A. Hild, y E. Tiselius (Eds.), *Methods and Strategies of Process Research: Integrative Approaches in Translation Studies* (pp. 231-246). Recuperado el 06 de diciembre de 2016, de <https://books.google.es/books?id=B2yfN87nN40C&pg=PA239&lpg=PA239&dq=Can+you+ask+her+about+chronic+illnesses,+diabetes+and+all+that&source=bl&ots=caZrKsKV45&sig=oDAjZ53e2kAlnRmzdUqUUfnS7ys&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwigysPvzdvQAhUCQBoKHRYPCbkQ6AEIMDAD#v=onepage&q=Can%20you%20ask%20her%20about%20chronic%20illnesses%2C%20diabetes%20and%20all%20that&f=true>
- Angelelli, C. V. (2012). Challenges in interpreter's coordination of the construction of pain. En C. Baraldi y L. Gavioli (Eds.), *Coordinating Participation in Dialogue Interpreting* (pp. 251-268). Recuperado el 21 de diciembre de 2016, de https://books.google.es/books?id=NmnSaVkeg0oC&pg=PA251&lpg=PA251&dq=Challenges+in+interpreters'+coordination+of+the+construction+of+pain&source=bl&ots=AOrzyKXXIX&sig=sXIVpY3_qO1UHihVfLJ03auT9Uk&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjB76eQz9vQAhVLPRoKHVG5C0MQ6AEINDAC#v=onepage&q&f=true
- Asociación Internacional de Intérpretes Médicos (IMIA), y Education Development Center (EDC). (2007). Estándares para la práctica de la interpretación médica. Recuperado el 02 de noviembre de 2016, de http://www.imiaweb.org/uploads/pages/102_4..pdf
- Baaring, I. (2001). *Tolkning - hvor og hvordan?* [Interpreting - where and how?]. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Baker, D.W., Hayes, R., y Fortier, J.P. (1998). Interpreter use and satisfaction with interpersonal aspects of care for Spanish-speaking patients. *Medical Care* 36(10): 1461-1470.
- Barclay, J. (2002). Enfermería transcultural. En B. S. Weller, y R. J. Wells (Eds.), *Diccionario de Enfermería* (pp. 502-508). Madrid: McGraw-Hill/interamericana de España, S.A.U.
- Benson, M., y O'Reilly, K. (2009). Migration and the search for a better way of life: a critical exploration of lifestyle migration. *The Sociological Review*, 57(4), 608- 625.
- Berger, P. L., y Luckmann, T. (1986). La construcción social de la realidad. Recuperado el 14 de enero de 2017, de http://wdb.ugr.es/~granados/wp-content/uploads/Texto_6_BergerLuckmann_1986_CapIII1.pdf

- Bernstein, J., Bernstein, E., Dave, A., Hardt, E., James, T., Linden, J., Mitchell, P., Oishi T., y Safi, C. (2002). Trained Medical Interpreters in the Emergency Department: Effects on Services, Subsequent Charges, and Follow-up. *Journal of Immigrant Health* 4(4):171-176.
- Bischoff, A. (2006). Measuring quality and patient satisfaction in healthcare communication with foreign-language speakers. *Linguistica Antverpiensia, New Series (LANS)*, 5, 177-188. Recuperado el 28 de noviembre de 2016, de <https://lans.ua.ac.be/index.php/LANS-TTS/issue/archive>
- Bischoff, A., y Loutan, L. (1998). A mots ouverts - Guide de l'entretien médical bilingue à l'usage des soignants et des interprètes. Recuperado el 23 de noviembre de 2016, de http://www.hugge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_internationale_et_humanitaire/documents/a_mots_ouverts-fr.pdf
- Bischoff, A., y Loutan, L. (1999). Due lingue, un colloquio: guida al colloquio medico bilingue ad uso di addetti alle cure e di interpreti. Recuperado el 18 de noviembre de 2016, de: http://www.hugge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_internationale_et_humanitaire/documents/a_mots_ouverts-it.pdf
- Bischoff, A., y Loutan, L. (2000). Mit anderen Worten. Dolmetschen in Behandlung, Beratung und Pflege. Recuperado el 23 de noviembre de 2016, de: http://www.hugge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_tropicale_et_humanitaire/mots_ouverts_deutsch.pdf
- Bischoff, A., y Loutan, L. (2004). Interpreting in Swiss hospitals. *Interpreting* 6(2):181-204. Recuperado el 16 de enero de 2017, de https://www.researchgate.net/publication/233709405_Interpreting_in_Swiss_hospitals
- Bischoff, A., Perneger, T. V., Bovier, P. A., Loutan, L., y Stalder, H. (2003). Improving communication between physicians and patients who speak a foreign language. *The British Journal of General Practice*, 53(492), 541-546.
- Bonacruz-Kazzi, G., y Cooper C. (2003). Barriers to the use of interpreters in emergency room paediatric consultations. *Paediatric Child Health* 39: 259-263.
- Borde, T. (2002). *Patientinnenorientierung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus. Vergleich der Erfahrungen und Wahrnehmungen deutscher und*

türkischsprachiger Patientinnen sowie des Klinikpersonals zur Versorgungssituation in der Gynäkologie. Tesis de doctorado. Recuperado el 02 de noviembre de 2016, de deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=963906100

Braun, M. (2003). Zwischentöne hören, *Die Tageszeitung* 02/2003. Recuperado el 10 de enero de 2017, de <http://www.taz.de/!813654/>

Burdeus Domingo, N., y Arumí Ribas, M. (2012). Estudio de la práctica de la interpretación en los servicios públicos en el ámbito sanitario en el área metropolitana de Barcelona. *Sendebarr*, 23, 17-36. Recuperado el 04 de enero de 2017, de <http://revistaseug.ugr.es/index.php/sendebarr/article/view/28/239>

Burton, L. (2002). Adultification in childhood and adolescence: A matter of risk and resilience, paper given at the First Annual Symposium of the UC Berkeley Center for Development of Peace and Well-Being, Berkeley, California. Recuperado el 15 de enero de 2017, de <http://greatergood.berkeley.edu/pdfs/2002Resilience.pdf>

Carrasquillo, O., Orav, E. J., Brennan, T. A., y Burstin, H. R. (1999). Impact of language barriers on patient satisfaction in an emergency department. *Journal of General Internal Medicine*, 14(2), 82-87.

Castillo García, G. S., y Taibi, M. (2005). El papel del intérprete en el ámbito sanitario: reflexiones desde la experiencia. En C. Valero Garcés (Eds.), *Traducción como mediación entre lenguas y culturas (Translation as Mediation or How to Bridge Linguistic and Cultural Gaps)* (pp. 108-113). Recuperado el 17 de enero de 2017, de <http://docplayer.es/1829284-Traduccion-como-mediacion-entre-lenguas-y-culturas.html>

Cohen, A. L., Rivara, F., Marcuse, E. K., McPhillips, H., y Davis, R. (2005). Are Language Barriers Associated with Serious Medical Events in Hospitalized Pediatric Patients? *Pediatrics* 116: 575-9.

Cohen, S., Moran-Ellis, J., y Smaje, C. (1999). Children as informal interpreters in GP consultations: pragmatics and ideology. *Sociology of Health and Illness* 21(2): 163-186.

Corsellis, A. (2003). Formación de los proveedores de servicios públicos para trabajar con intérpretes y traductores. Habilidades y competencias interculturales, En C. Valero (Eds.), *Traducción e interpretación en los servicios públicos. Contextualización, actualidad y futuro* (pp. 71-89) Granada: Comares.

- Council of Europe. (1971). Common European Framework of Reference for Languages: Learning, Teaching, Assessment. Recuperado el 10 de enero de 2017, de http://www.coe.int/t/dg4/linguistic/source/framework_en.pdf
- Cuenca, M. J., y Hilferty, J. (1999). *Introducción a la lingüística cognitiva*. Barcelona: Ariel.
- Cushing, A. (2003). Interpreters in medical consultations. En T. Tribe y R. Hitesh (Eds.), *Working with interpreters in mental health* (pp. 30-53). Hove y Nueva York: Brunner-Routledge.
- CHIA (2002). California standards for healthcare interpreters: Ethical principles, protocols, and guidance on roles & intervention. Recuperado el 12 de enero de 2017, de http://www.chiaonline.org/Resources/Documents/CHIA%20Standards/standards_chia.pdf
- David, R.A., y Rhee, M. (1998). The impact of language as a barrier to effective health care in an underserved urban Hispanic community. *Mount Sinai Journal of Medicine* 65(5-6), 393-397.
- Davidhizar, R., Shearer, R., y Giger, J. N. (1997). Pain and the culturally diverse patient. *Today's Surgical Nurse*, 6, 36-43.
- Davidhizar, R., y Giger, J. (2004). A review of the literature on care of clients in pain who are culturally diverse. *International Nursing Review*, 51(-), 47-55.
- Department of Justice (Estados Unidos). (1964). Title VI, 42 U.S.C. § 2000d et seq. of the Civil Rights Act of 1964. Recuperado el 10 de enero de 2017, de <https://www.justice.gov/crt/fcs/TitleVI>
- Dirim, I. (2005). Erfassung, Bewertung und schulische Nutzung der Übersetzungsfähigkeit mehrsprachiger Kinder. En C. Röhner (Eds.), *Erziehungsziel Mehrsprachigkeit* (pp. 231-243) Weinheim/München: Juventa.
- Downing, B., y Swabey, L. (1991). A multilingual model for training Health Care Interpreters. The National Conference on Health and Mental Health of Soviet Refugees. Chicago Illinois, 10-12, diciembre 1991.
- Driesen, C. J. (2002). Gerichtsdolmetschen – Praxis und Problematik [Court interpreting - Practice and problematics]. En J. Best, y S. Kalina (Eds.), *Übersetzen und Dolmetschen. Eine Orientierungshilfe* (pp. 299-306). Tübingen: Francke.

- Dubslaff, F., y Martinsen, B. (2005). Exploring untrained interpreters' use of direct versus indirect speech. En F. Pöchhacker, y M. Shlesinger (Eds.), *Healthcare Interpreting: Discourse and Interaction* (pp. 211-236). Recuperado el 17 de diciembre de 2016, de: <https://books.google.es/books?id=y3SdZsumwZwC&pg=PA53&lpg=PA53&dq=Exploring+untrained+interpreters'+use+of+direct+versus+indirect+speech&source=bl&ots=b9XtQIHbyK&sig=Pck7WR9PRaLOR7Cvv61SRyGKCfo&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiXyMef0pTSAhWMKMAKHaaZDY0Q6AEIPTAE#v=onepage&q=Exploring%20untrained%20interpreters'%20use%20of%20direct%20versus%20indirect%20speech&f=false>
- Duff, L., Lamping, L., y Ahmed, L. (1995). *Maternity services in West and Central London: the views of women from the Bangladeshi community*. Londres: RCN.
- Duggleby, W. (2003). Helping Hispanic' Latino Home Health Patients Manage Their Pain. *Home Healthcare Nurse*, 174(179), 21-2.
- Ebden, P., Bhatt, A., Carey, O.J., y Harrison, B. (1988). The bilingual consultation, *The Lancet* Feb 13, 1(8581): 347.
- Eksner, H.J., y Orellana M.F. (2005). Liminality as linguistic process. Immigrant youth and experiences of language in Germany and the United States, En J. Knörr (Eds.), *Childhood and Migration*. From Experience to Agency (pp. 175-206). Bielefeld: Transcript, (Culture and Social Practice).
- El Parlamento Europeo y el Consejo de la Unión Europea. (2004, 30 abril). Reglamento (CE) 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril, sobre la Coordinación de los Sistemas de Seguridad Social (DOUE de 30 de abril). Recuperado el 09 de enero de 2017, de http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/64/Docu.pdf
- El Parlamento Europeo y el Consejo de la Unión Europea. (2010, 20 octubre). Directiva 2010/64/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 20 de octubre de 2010 relativa al derecho a interpretación y a traducción en los procesos penales. Recuperado el 09 de enero de 2017, de <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2010:280:0001:0007:es:PDF>
- El Parlamento Europeo y el Consejo de la Unión Europea. (2011, 09 marzo). Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 9 de marzo de 2011 relativa a la Aplicación de los Derechos de los Pacientes en la Asistencia Sanitaria Transfronteriza.

Recuperado el 09 de enero de 2017, de <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:es:PDF>

Elderkin-Thompson, V., Silver, R. C., y Waitzkin, H. (2001). When nurses double as interpreters: a study of Spanish-speaking patients in a US primary care setting. *Social science & medicine*, 52(9), 1343-1358. Recuperado el 30 de noviembre de 2016, de doi:10.1016/S0277-9536(00)00234-3

Embajada Británica, Madrid. (2017, 03 enero). Una voluntaria británica en Alicante, galardonada por la primera ministra británica. Recuperado de el 06 de enero de 2017, de <https://www.gov.uk/government/world-location-news/347879.es>

EULITA General Assembly (2013, 06 abril). EULITA Code of Professional Ethics. Recuperado el 09 de enero de 2017, de <http://www.eulita.eu/sites/default/files/EULITA-code-London-e.pdf>

Fagan, M. J., Diaz, J. A., Reinert, S. E., Sciamanna, C. N., y Fagan, D. M. (2003). Impact of Interpretation Method on Clinic Visit Length. *Journal of General Internal Medicine*, 18(8), 634-638. Recuperado el 20 de diciembre de 2016, de <http://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.20701.x>

Fairclough, N. (1992). *Discourse and Social Change*. Cambridge: Cambridge Polity Press.

Fairclough, N. (2002). Register, Power and Socio-Semantic Change. En M. Toolan (Eds.), *Critical Discourse Analysis: Critical Concepts in Linguistics* (pp. 1304-1320). Londres: Routledge.

Flores, G. (2005). The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Medical Care research and Review* 62(3), 255-299.

Flores, G. (2006) Language Barriers to Health Care in the United States. *The New England Journal of Medicine* 355(3): 229-231.

Flores, G., Laws, M. B., Mayo, S. L., Zuckerman, B., Abreu, M., Medina, L., y Hardt, E. J. (2003). Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. *Pediatrics*, 111(1), 6-14. Recuperado el 09 de enero de 2017, de http://www.unige.ch/presse/archives/unes/2007/pdf/Pediatrics_Interpreter_Errors_%20Article.pdf

- Forsyth, P. B., y Danisiewicz, T. J. (1985). Toward a theory of professionalization. *Work and Occupations*, 12(1), 59-76.
- Franco Aixelá, J. (2016). (Bibliografía de Interpretación y Traducción). Base de datos en acceso abierto [Conjunto de datos]. Recuperado el 16 de enero de 2017, de <http://dti.ua.es/es/bitra/introduccion.html>
- Free, C., White, P., Shipman, C., y Dale, J. (1999). Access to and use of out of hours services by Vietnamese community groups in South London: a focus group study. *Family Practice* 16: 369-374.
- Fuertes, C., y Martín Laso, M. A. (2006). El inmigrante en la consulta de atención primaria. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 29(1), 9-25.
- Gandhi, T.K., Burstin, H.R., Cook, E.F., Puopolo, A.L., Haas, J.S., Brennan, T.A., y Bates, D.W. (2000). Drug complications in outpatients. *J Gen Intern Med* 15(3), 149-154.
- Garber, N. (1998). Community Interpretation: A Personal View. En R. P. Roberts et al. (Eds.), *The Critical Link 2: Interpreters in the Community. Selected Papers from the Second International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Services Settings* (pp. 19-23). Vancouver: John Benjamins.
- Gaston-Johansson, F., Albert, M., Fagan, E., y Zimmerman, L. (1990). Similarities in pain descriptions of four different ethnic-culture groups. *Journal of Pain and Symptom Management*, 5(2), 94-100.
- Gavlovych, N. (2013). La percepción y el rol del intérprete desde el punto de vista ético (Trabajo de fin de grado en Traducción e Interpretación). Universitat Jaume I de Castelló, Castelló de la Plana (no publicado).
- Gavlovych, N. (2015). Servicios de Traducción e Interpretación médico-sanitaria dentro del contexto de turismo de salud. Documento presentado en IV Jornadas de Orientación de Grado en la Universitat Jaume I de Castelló, Castelló de la Plana (no publicado).
- Green, A.R., Ngo-Metzger, Q., Legedza, A.T., Massagli, M.P., Phillips, R.S., y Iezzoni, L.I. (2005). Interpreter services, language concordance, and health care quality. Experiences of Asian Americans with limited english proficiency. *J Gen Intern Med* 20(11), 1050-1056.

- Green, J., Free, C., Bhavnani, V., y Newman, T. (2004). Translators and mediators: bilingual young people's accounts of their interpreting work in health care. *Social Science and Medicine* 60(9): 2097-2110. Recuperado el 29 de diciembre de 2016, de doi:10.1016/j.socscimed.2004.08.067
- Green, J., Free, C., Newman, T., Bhavnani, V., y Reacroft, J. (2002, marzo). Bilingual children/monolingual parents: children as mediators in family health. Recuperado el 29 de enero de 2017, de file:///C:/Users/Nina/Downloads/NIolGgRIj0S4y19w_08iVw.pdf
- Guske, I. (2010). Familial and institutional dependence on bilingual and bicultural gobetweens – effects on minority children. *mediAzioni (Special Issue)*, 10(-), 325-345. Recuperado de el 04 de enero de 2017, de <http://mediazioni.sitlec.unibo.it>
- Hale, S. B. (2004). *The Discourse of Court Interpreting. Discourse Practices of the Law, the Witness and the Interpreter*. Recuperdo el 15 de enero de 2017, de doi:10.1075/target.28.3.01hal
- Hale, S. y Napier, J. (2013). *Research Methods in Interpreting (A practical resource)*. Londres: Bloomsbury.
- Hall, N., y Guéry, F. (2010). Child Language Brokering: Some considerations. *mediAzioni (Special Issue)*, 2010(10), 24-46. Recuperado el 13 de enero de 2017, de doi:<http://mediazioni.sitlec.unibo.it/index.php/no-10-special-issue-2010/163-child-language-brokering-some-considerations.html>
- Hampers, L. C., Cha, S., Gutglass, D. J., Binns, H. J., y Krug, S. E. (1999). Language barriers and resource utilization in a pediatric emergency department. *Pediatrics* 103 (6,1), 1253-1256.
- Hampers, L. C., McNulty, J. E. (2002). Professional Interpreters and Bilingual Physicians in a Pediatric Emergency Department: Effect on Resource Utilization. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine* 156: 1108-1113.
- Hardt, E. J. (1995). The Bilingual Interview and Medical Interpretation. En M. Lipkin, S. M. Putnam, y A. Lazare (Eds.), *The Medical Interview. Clinical Care, Education, and Research* (pp. 163-172) Nueva York: Springer.

- Harris, B., y Sherwood B. (1978). Translating as an innate skill. En D. Gerver y H. W. Sinaiko (Eds.), *Language interpretation and communication* (pp. 155-170) New York/London: Plenum Press.
- Harsham, P. (1984). A misinterpreted word worth \$71 million. *Medical Economics*, 61, 289-292.
- Hillier, S. y Rahman, S. (1996). Childhood development and behavioural and emotional problems as perceived by Bangladeshi parents living in East London. En D. Kelleher y S. Hillier (Eds.), *Researching cultural differences in health* (pp. 630-631). Londres: Routledge.
- Mikkelsen, H. (1999). The professionalization of Community Interpreting. *Journal of Interpretation*, 119-133. Recuperado el 29 de enero de 2017, de <https://aiic.net/page/1546/the-professionalization-of-community-interpreting/lang/1>
- Hsieh, E. (2013). Health literacy and patient empowerment: The role of medical interpreters in bilingual health communication. En M. D. G. Kreps (Eds.), *Reducing health disparities: Communication intervention* (pp. 35-58). Nueva York: Peter Lang.
- IMIA (International Medical Interpreters Association) (2006). Code of Ethics. Recuperado el 29 de enero de 2017, de <http://www.imiaweb.org/code/>
- Instituto Nacional de Estadística. (2015, 4 diciembre). Cifras de población a 1 de julio de 2015 Estadística de migraciones. Primer semestre de 2015 (datos provisionales). Recuperado el 09 de enero de 2017, de <http://www.ine.es/prensa/np948.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística. (2016, 30 agosto). Estadística de movimientos turísticos en fronteras (FRONTUR) julio 2016. Datos provisionales. Recuperado el 29 de diciembre de 2016, de <http://www.ine.es/daco/daco42/frontur/frontur0716.pdf>
- Jackson, J. C., Nguyen, D., Hu, N., Harris, R., y Terasaki, G. S. (2011). Alterations in Medical Interpretation During Routine Primary Care. *Journal of General Internal Medicine*, 26(3), 259-264. Recuperado el 15 de diciembre de 2016, de <http://doi.org/10.1007/s11606-010-1519-2>
- Jacobs, B., Kroll, L., Green, J., y David, T. J. (1995). The hazards of using a child as an interpreter. *Journal of the Royal Society of Medicine*, agosto 88: 474-475.

- Jacobs, E. A., Sadowski, L. S., y Rathouz, P. J. (2007). The Impact of an Enhanced Interpreter Service Intervention on Hospital Costs and Patient Satisfaction. *Journal of General Internal Medicine*, 22(2), 306–311.
- Jacobs, E. A., Shepard, D. S., Suaya, J. A., y Stone, E. (2004). Overcoming language barriers in health care: Costs and benefits of interpreter services. *American Journal of Public Health* 94(5), 866-869.
- Jacobs, E.A., Karavolos, K., Rathouz, P.J., Ferris, T.G., y Powell, L.H. (2005). Limited English proficiency and breast and cervical cancer screening in a multiethnic population. *Am J Public Health* 95(8), 1410-1416.
- Jacobs, E. A., Lauderdale, D. S., Meltzer, D. O., Shorey, J. M., Levinson, W., y Thisted, R. A. (2001). The impact of interpreter services on delivery of health care to limited English proficient patients. *J Gen Intern Med* 16, 468-474.
- James, A., y Prout A. (1997). *Constructing and Reconstructing Childhood*, Londres: Falmer Press.
- James, A., y Prout, A. (1990). *Constructing and reconstructing childhood: contemporary issues in the sociological study of childhood*. Londres: Falmer Press.
- Jefatura de Estado, Gobierno de España. (2000, 12 enero). Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su integración social. Recuperado el 02 de noviembre de 2016, de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2000-544>
- Jefatura del Estado, Gobierno de España. (2002, 15 noviembre). Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.. Recuperado el 02 de noviembre de 2016, de https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2002-22188
- Kaegi, L. (2004). What color is your pain? *Minority Nurse*, -(), 28-35. Recuperado el 08 de enero de 2017, de <http://minoritynurse.com/what-color-is-your-pain/>
- Karter, A., Ferrara, A., Darbinian, J., Ackerson, L., y Selby L. (2000). Self-Monitoring of blood glucose. *Diabetes Care* 23(4), 477-483.
- Kuo, D., y Fagan, M.J. (1999). Satisfaction with methods of Spanish interpretation in an ambulatory care clinic. *J Gen Intern Med* 14(9), 547-550.

- La Asociación Profesional de Traductores e Intérpretes Judiciales y Jurados (APTIJ). (2010, febrero). Código deontológico para intérpretes y traductores judiciales y jurados. Recuperado el 23 de noviembre de 2016, de <http://www.aptij.es/img/doc/CD%20APTIJ.pdf>
- Laver, J. (1975). Communicative functions of phatic communication. En A. Kendon, R. Harris, y M. Key (Eds.), *The organization of behaviour in face-to-face interaction* (pp. 215-238). La Haya: Mouton.
- Lee, L. J., Batal, H. A., Maselli, J. H., y Kutner, J. S. (2002). Effect of Spanish interpretation method on patient satisfaction in an urban walk-in clinic. *Journal of General Internal Medicine* 17(8), 641-645.
- Lindholm, M., Hargraves, J. L., Ferguson, W. J., y Reed, G. (2012). Professional language interpretation and inpatient length of stay and readmission rates. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1294-1299.
- Lings, K. K. (1988). *Dynamisk tolkning* [Dynamic interpreting]. Copenhagen: Special-Pedagogisk.
- Luis Estévez, J. A., y Toledano Buendía, C. (2002). La formación de intérpretes en los servicios públicos en la comunidad autónoma canaria. En C. Valero, y G. Mancho (Eds.), *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos: Nuevas necesidades para nuevas realidades* (pp. 73-78). Alcalá de Henares: Servicio de Publicaciones de la Universidad Alcalá de Henares.
- Marcos, L. (1979). Effects of interpreters on the evaluation of psychopathology in non-English-speaking patients. *American Journal of Psychiatry*, 136, 171-174.
- Martin, A. (2006). La realidad de la traducción e interpretación en los servicios públicos en Andalucía. En C. Valero-Garcés y Gimeno, F. R. (Eds.), *Retos del Siglo XXI en Comunicación Intercultural: Nuevo Mapa Lingüístico y cultural de España* (pp. 129-150). Logroño: Reproziur.
- Martín, M. C., y Phelan, M. (2010). Interpreters and cultural mediators – different but complementary roles. *Translocations: Migration and Social Change*, 6(1), 4-20. Recuperado el 03 de diciembre de 2016, de <http://www.translocations.ie/docs/v06i01/Martin%20and%20Phelan.pdf>

- Martínez-Gómez Gómez, A. (2008). Estudio comparativo de la práctica de la interpretación sanitaria en la provincia de Alicante. En P. J. Mogorron Huerta (Eds.), *Grupo de investigación Frasytram* (pp. 1047-1052). Murcia: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Mayall, B. (1998). Towards a sociology of child health. *Sociology of Health and Illness* 20: 269-288.
- McDermott, M. A. (2000). Pain as a Mutual Experience for Patients, Nurses and Families: International and Theoretical Perspectives From the Four Countries. *PubMed Journals, NIH (National Institutes of Health) US National Library of Medicine*, 7(1), 23-31. Recuperado el 03 de diciembre de 2016, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/11013528/>
- McDermott, M. A., Cult Divers, J., Natapoff, J. N., Essoka, G. C., y Rendon, D. (2000). Pain as a Mutual Experience for Patients, Nurses and Families: Unique International Perspectives From the Peoples' Republic of China, the United States, Malawi and Spain. *PubMed Journals, NIH (National Institutes of Health) US National Library of Medicine*, 7(1), 3-10. Recuperado el 03 de diciembre de 2016, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/11013523/>
- McQuillan, J., y Tse L. (1995). Child language brokering in linguistic minority communities: effects on cultural interaction, cognition, and literacy. *Language and Education* 9: 195-215.
- Mendiluce Cabrera, G., y Hernández Bartolomé, A. I. (2005). English - Spanish False Friends: A Semantic and Etymological Approach to some Possible Mistranslations. *Hermeneus*, 7(-), 131-157. Recuperado el 02 de noviembre de 2016, de http://www5.uva.es/hermeneus/?page_id=52
- Meyer, B. (2004). *Dolmetschen im medizinischen Aufklärungsgespräch. Eine diskursanalytische Untersuchung zur Arzt-Patienten-Kommunikation im mehrsprachigen Krankenhaus*. Münster: Waxmann.
- Meyer, B., Pawlack, B., y Kliche, O. (2010). Family interpreters in hospitals: Good reasons for bad practice? *mediAzioni (Special Issue)*, 10, 297-324. Recuperado el 04 de diciembre de 2016, de http://www.mediazioni.sitlec.unibo.it/images/stories/PDF_folder/document-pdf/monografia2010CLB/13%20meyer%20pawlack%20kliche%20pp297_324.pdf
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006, 17 septiembre). Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de

- Salud y el procedimiento para su actualización. Recuperado el 06 de diciembre de 2016, de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-16212>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014, 08 febrero). Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. Recuperado el 02 de enero de 2017, de https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-1331
- Morales, A. y Hanson, W.E. (2005). Language brokering: An integrative review of the literature, *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 27(4): 471- 503.
- Moreno, M. R., Otero-Sabogal, R. y Newman, J. (2007). Assessing Dual-Role Staff-Interpreter Linguistic Competency in an Integrated Healthcare System. *Journal of General Internal Medicine*, 22 (2), 331–335. Recuperado el 27 de noviembre 2016, de <http://doi.org/10.1007/s11606-007-0344-8>
- Morrow, V. (1995). Invisible children? Towards a reconceptualisation of childhood. *Sociological Studies of Children* 7: 207-230.
- Moya Bataller, H. (2016). *La situación de la interpretación sanitaria en la ciudad de Gandía* (Trabajo de fin de grado en Traducción e Interpretación). Recuperado el 08 de enero de 2017, de <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/161639>
- Nápoles, A. M., Santoyo-Olsson, J., Karliner, L. S., Gregorich, S. E., y Pérez-Stable, E. J. (2015). Inaccurate Language Interpretation and its Clinical Significance in the Medical Encounters of Spanish-speaking Latinos. *Medical Care*, 53(11), 940-947. Recuperado el 05 de diciembre de 2016, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4610127/pdf/nihms711239.pdf>
- Nápoles, A. M., Santoyo-Olsson, J., Karliner, L. S., O'Brien, H., Gregorich, S. E., y Pérez-Stable, E. J. (2010). Clinician Ratings of Interpreter Mediated Visits in Underserved Primary Care Settings with Ad hoc, In-person Professional, and Video Conferencing Modes. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 21(1), 301–317. Recuperado el 04 de diciembre de 2016, de: <http://doi.org/10.1353/hpu.0.0269>
- Nesterko, Y., y Glaesmer, H. (2015). Verständigung mit Patienten mit Migrationshintergrund aus der Sicht von Hausärzten. Recuperado el 19 de diciembre de 2016, de <https://www.online-zfa.de/media/article/2015/12/1DBAF0BC-7438-4A22-BD8C->

0632AF7433E5/1DBAF0BC74384A22BD8C0632AF7433E5_nesterko_patienten_mit_migrationshintergrund_1_original.pdf

- Ngo-Metzger, Q., Massagli, M.P., Clarridge, B.R., Manocchia, M., Davis, R.B., Iezzoni, L.I., y Phillips, R.S. (2003). Linguistic and cultural barriers to care. *J Gen Intern Med* 18(1), 44-52.
- Niño Moral, D. (2008). Proyecto de estudio de campo sobre las necesidades de mediación lingüística en los hospitales públicos de la provincia de Alicante. En R. Monroy Casas, y A. Sánchez Pérez (Eds.), *25 años de lingüística en España: hitos y retos* [recurso electrónico] (pp. 1063-1069). Murcia: Universidad de Murcia.
- Niska, H. (1999). Status quaestionis: community interpreting in Sweden. En M. Erasmus (Eds.), *Liaison interpreting in the community* (pp. 138-142). Pretoria: Van Schaik.
- Oliver del Olmo, S. (2004). El inglés como lengua global en el discurso médico escrito. Recuperado el 12 de diciembre de 2016, de <http://elvira.illf.uam.es/clg8/actas/pdf/paperCLG88.pdf>
- Orellana, M.F. (2003). Responsibilities of children in Latino immigrant homes, In C. Suarez-Orozco y I. L. G. Todorova (Eds.), *Understanding the social worlds of immigrant youth* (pp. 25-39) San Francisco: Jossey-Bass.
- Organización Internacional de Estandarización (2014). International Standard ISO 13611:2014 (E). Interpreting Guidelines for Community Interpreting (Interprétation Lignes directrices pour l'interprétation en milieu social). Ginebra: Organización Internacional de Estandarización.
- Parker, R. M., Williams, M. V., Baker, D. W., Pitkin, K., y Coates, W. C. (1996). Use and effectiveness of interpreters in an emergency department. *JAMA*, 275(10), 783-788.
- Pellicer Vidal, S. (2016). Memoria de prácticas. Universitat Jaume I de Castelló, Castelló de la Plana (no publicado).
- Pena Díaz, M. C. (2016). Linguistic and pragmatic barriers in immigrant health care in Spain: the need for interlinguistic y intercultural mediators. *Entreculturas*, 7-8(7), 625-634. Recuperado el 13 de diciembre de 2016, de <http://www.entreculturas.uma.es/n7yn8pdf/articulo28.pdf>

- Pham, K., Daryl Thornton, J., Engelberg, R. A., Carey Jackson, J., y Randall Curtis, J. (2008). Alterations During Medical Interpretation of ICU Family Conferences that Interfere with or Enhance Communication. *Chest*, 134(1), 109–116. Recuperado el 04 de noviembre de 2016, de <http://doi.org/10.1378/chest.07-2852>
- Pitkin, K., y Baker, D.W. (2000). Limited English proficiency and Latinos' use of physician services. *Medical Care Research and Review* 57(1), 76-91.
- Pöchhacker, F. (2000a). Dolmetschen. Konzeptuelle Grundlagen und deskriptive Untersuchungen, Tübingen: Stauffenburg.
- Pöchhacker, F. (2002). Dolmetscher im Wiener Gesundheitswesen: Bedarf und Beruf, *MDÜ* 1/2002, 21-26.
- Pöchhacker, F. (2008). Krankheit, Kultur, Kinder, Kommunikation: Die Nichte als Dolmetscherin. *Curare* 31(2-3): 133-142.
- Pöchhacker, F. (2008). Interpreting as mediation. En C. Valero-Garcés y A. Martin (Eds.), *Crossing borders in community interpreting: Definitions and dilemmas* (pp. 9-19). Ámsterdam / Philadelphia: John Benjamins.
- Pöchhacker, F., y Kadric, M. (1999). The Hospital Cleaner as Healthcare Interpreter. *The Translator*, 5(2), 161-178. Recuperado el 03 de diciembre de 2016, de [doi:10.1080/13556509.1999.10799039](https://doi.org/10.1080/13556509.1999.10799039)
- Poveda Cabanes, P. (2008). Uso y funciones comunicativas de los atenuantes retóricos en la memoria de la arquitectura: un estudio inglés-español. *Ibérica: Revista de la Asociación Europea de Lenguas para Fines Específicos (AELFE)*, -(15), 113-334. Recuperado el 15 de enero de 2017, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2573835>
- Prince, C. (1986). Hablando con el doctor: Communication problems between doctors and their Spanish-speaking patients (Doctoral dissertation, Stanford).
- Rendon, D., Piqué, J., Donat, F., Maestre, S., Huertas, C., Noguer, E., . . . Albertos, S. (2000). Pain as a Mutual Experience for Patients, Nurses and Families: A Perspective From Valencia, Spain. *PubMed Journals, NIH (National Institutes of Health) US National Library of Medicine*, 7(1), 20-22. Recuperado el 12 de diciembre de 2016, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/11013527/>

- Riesberg, A., y Wörz, W. (2008). Quality in and Equality of Access to Healthcare Services, European Commission: Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. Recuperado el 08 de noviembre de 2016, de <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=5085&langId=en>.
- Rivadeneira, R., Elderkin-Thompson, V., Silver, R.C., y Waitzkin, H. (2000). Patient centeredness in medical encounters requiring an interpreter. *Am J Med* 108(6), 470-474.
- Rodríguez Navaza, B., Estévez, L., y Serrano, J. (2009). 'Saque la lengua, por favor': Panorama actual de la interpretación sanitaria en España. *Panacea*, 10(30), 141-156. Recuperado el 12 de enero de 2017, de http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n30_tribuna-NavazaEstevezSerrano.pdf
- Sánchez Reyes Peñamaría, M. S., y Martín Casado, M. (2005). Intérpretes profesionales e intérpretes ad hoc en un entorno sanitario. En C. Valero Garcés (Eds.), *Traducción como mediación entre lenguas y culturas (Translation as Mediation or How to Bridge Linguistic and Cultural Gaps)* (pp. 139-146). Alcalá de Henares: Servicios de publicaciones de la Universidad de Alcalá.
- Sapir, E. (1949). Selected writings in language, culture and personality. Recuperado el 12 de diciembre de 2016, de <http://www.redalyc.org/pdf/311/31121089002.pdf>
- Sapir, E. (1956). *Culture, Language, and Personality*. Los Ángeles: University of California Press.
- Sarver, J. y Baker, D.W. (2000). Effect of language barriers on follow-up appointments after an emergency department visit. *J Gen Intern Med* 15(4), 256-264.
- Sastre Ibarreche, R. (2008). Ordenación jurídica del trabajo de los menores: la perspectiva del derecho español. Recuperado el 19 de noviembre de 2016, de <http://ocw.usal.es/ciencias-sociales-1/novela-y-cuestion-social-en-los-origenes-del-derecho-del-trabajo-espanol-curso-de-doctorado/materiales-de-clase/materiales-de-clase/ORDENACION%20JURIDICA%20DEL%20TRABAJO%20DE%20LOS%20MENORES.pdf>
- Schenker, Y., Wang, F., Selig, S. J., Ng, R., y Fernandez, A. (2007). The Impact of Language Barriers on Documentation of Informed Consent at a Hospital with On-Site Interpreter

- Services. *Journal of General Internal Medicine*, 22(Suppl.2), 294–299. Recuperado el 19 de diciembre de 2016, de <http://doi.org/10.1007/s11606-007-0359-1>
- Seleskovitch, D. (1978). *Interpreting for International Conferences*. Washington, D.C.: Pen and Booth.
- Sewell, J. L., Kushel, M. B., Inadomi, J. M. y Yee, H. F. (2009). Non-English speakers attend gastroenterology clinic appointments at higher rates than English speakers in a vulnerable patient population. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 43(7), 652–660.
- Shannon, S. (1987). *English in el Barrio: A Sociolinguistic Study of Second Language Contact*, Ph.D. Dissertation. Tesis de doctorado inédita. Universidad de Stanford.
- Tebble, H. (1999). The Tenor of Consultant Physicians: Implications for Medical Interpreting. *The Translator*, 5(2), 179-200. Recuperado el 28 de noviembre de 2016, de DOI: 10.1080/13556509.1999.10799040
- Tellechea Sánchez, M. T. (2005). El intérprete como obstáculo: fortalecimiento y emancipación del usuario para superarlo. En C. Valero Garcés (Eds.), *Traducción como Mediación entre lenguas y culturas (Translation as Mediation or How to Bridge Linguistic and Cultural Gaps)* (pp. 114-121). Recuperado el 14 de diciembre de 2016, de <http://docplayer.es/1829284-Traduccion-como-mediacion-entre-lenguas-y-culturas.html>
- The Australian Institute of Interpreters and Translators. (2012). AUSIT Code of Ethics and Code of Conduct. Recuperado el 14 de noviembre de 2016, de http://ausit.org/AUSIT/Documents/Code_Of_Ethics_Full.pdf
- The International Association of Conference Interpreters (AIIC). (2012). AIIC Code of professional ethics. Recuperado el 16 de diciembre de 2016, de <https://aiic.net/page/6724>
- The Joint Commission (2009). The Joint Commission Requirements Related to the Provision of Culturally Competent Patient-Centered Care Hospital Accreditation Program (HAP). Recuperado el 04 de diciembre de 2016, de http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2009_CLASRelatedStandardsHAP.pdf
- The Joint Commission. (2013, 01 enero). Appendix E: Comparison of Human Resources Standards for HCSS Certification and Hospital Accreditation (AXE) (HR 01.02.01). Recuperado el 07 de diciembre de 2016, de

http://www.jointcommission.org/assets/1/6/crosswalk_hospital_hr_standards_staffing_standards.pdf

- Thomas, K. (2013). Anregungen für eine Differenzierung eines funktionalen translationsdidaktischen Verstehens- und Sinnbegriffs aus pragmatistischer Sicht [Suggestions for a Functional Pragmatistic Concept of Understanding and Meaning in Translation Teaching]. *trans-kom*, 6(2), 345-370. Recuperado el 10 de diciembre de 2016, de <http://www.trans-kom.eu/>
- Tocher, M., y Larson, E. B. (1999). Do Physicians Spend More Time with Non- English-Speaking Patients? *Journal of General Internal Medicine* 14: 303–9.
- Tocher, T., y Larson, E. B. (1998). Quality of Diabetes Care for Non-English-Speaking Patients: A Comparative Study. *Western Journal of Medicine* 168: 504–11.
- Tse, L. (1996). Language brokering in linguistic minority communities: The case of Chinese- and Vietnamese-American students. *The Bilingual Research Journal* 20(3-4): 485-498.
- Valdés, G., Chávez, C., Angelelli, C. V., Enright, K., García, D., y González, M. (2003). The performance of the young interpreters on the scripted task, En G. Valdés (Eds.), *Expanding definitions of giftedness. The case of young interpreters from immigrant communities* (pp. 119-164) Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Valenzuela, A. (1999). Gender Roles and Settlement Activities Among Children and Their Immigrant Families. *American Behavioral Scientist* 42(4): 720-742.
- Valero Garcés, C. (2003). Una visión general de la evolución de la traducción e interpretación en los servicios públicos. En C. Valero Garcés (Eds.), *Traducción e interpretación en los servicios públicos. Contextualización, actualidad y futuro*. Granada: Comares, 3-35.
- Valero-Garcés, C. (2008). Hospital interpreting practice in the classroom and the workplace. En C. Valero-Garcés y A. Martin (Eds.), *Crossing borders in community interpreting: Definitions and dilemmas* (pp. 165-187). Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Wang, X. (2016). The impact of using ad hoc interpreters and professional interpreters on hospital costs and patient satisfaction rates of limited-English-proficient patients in the emergency department. *International Journal of Economics, Commerce and Management*, IV(3), 245-

257. Recuperado el 09 de noviembre de 2016, de <http://ijecm.co.uk/wp-content/uploads/2016/03/4316.pdf>

Weisskirch, R.S., Alva, S.A. (2002). Language Brokering and the Acculturation of Latino Children. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 24(3): 369-378.

Whorf, B. I. (1956). Language, thought, and reality. Recuperado el 05 de enero de 2017, de <http://dspace.library.uu.nl:8080/bitstream/handle/1874/203148/La%20hipotesis%20de%20Sapir-Whorf.pdf?sequence=1>.

Whorf, B. L. (1978). The Retention of Habitual Thought and Behavior to Language. En B. J. Carroll (Eds.), *Language, Thought, and Reality*. Cambridge, Massachusetts: M.I.T. Press.

Woloshin, S., Bickell N. A., Schwartz L. M., Gary, F., Welch, G. H. (1 de marzo, 1995). Language Barriers in Medicine in the United States. *JAMA*, 9, 273.

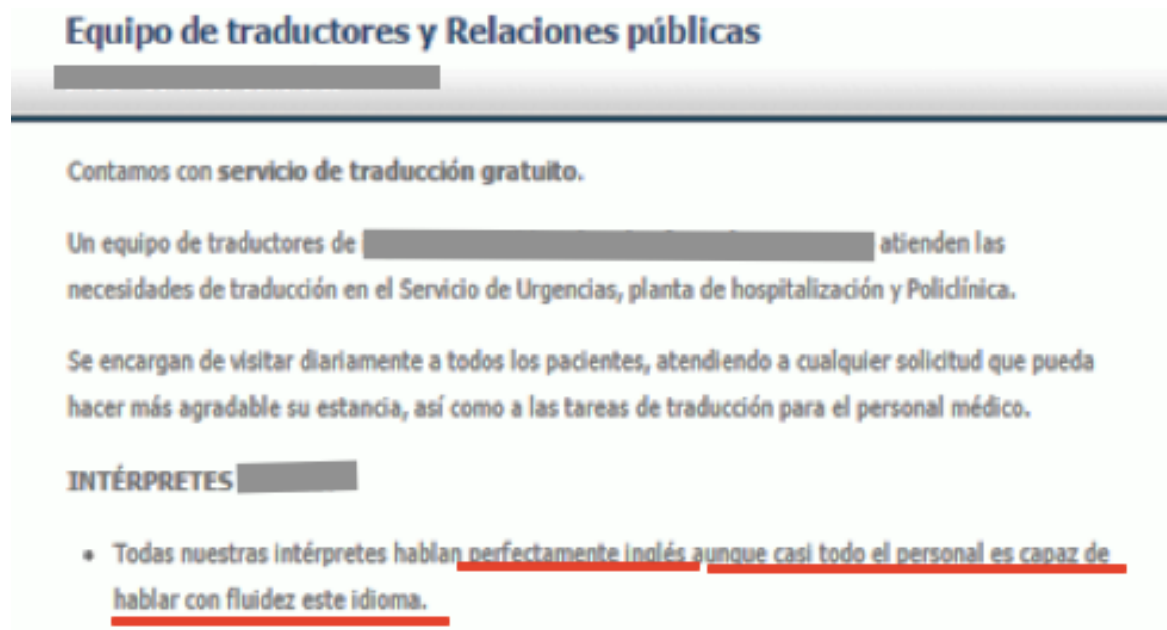
Woloshin, S., Bickell, N. A., Schwartz, L. M., Gany, F. y Welch, H. G. (1995). Language barriers in medicine in the United States. *JAMA* 273(9), 724-728.

Woloshin, S., Schwartz, L. M., Katz, S. J., Welch, H. G. (1997). Is language a barrier to the use of preventive services? *J Gen Intern Med* 12(8), 472-477.

Woodman, J. y Abbate, J. (2016, 06 agosto). Patients Beyond Borders: Everybody's Guide to Affordable, World-Class Medical Travel (Medical Tourism Statistics & Facts). Recuperado el 20 de noviembre de 2016, de <http://www.patientsbeyondborders.com/medical-tourism-statistics-facts>

Wynia, M., y Matiassek, J. (2006). Promising practices for patient-centered communication with vulnerable populations: examples from eight hospitals. The Commonwealth Fund. Recuperado el 23 de noviembre de 2016, de http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2006/aug/promising-practices-for-patient-centered-communication-with-vulnerable-populations--examples-from-ei/wynia_promisingpracticespatientcentered_947-pdf.pdf

Anexos



Anexo 1. Captura de pantalla de un centro privado cuyo nombre no se revela por cuestiones de confidencialidad